

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

# **DISERTAČNÍ PRÁCE**

**2019**

**JANA KONEČNÁ**

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD**

**Ústav ošetřovatelství**

**Mgr. Jana Konečná**

**Klinická validizace diagnostických prvků ošetřovatelské diagnózy  
Zátěž v roli pečovatele (00061)**

Disertační práce

**Školitel: Mgr. Mikšová Zdeňka, Ph.D.**

Olomouc 2019

## **Anotace disertační práce**

Název práce: Klinická validizace diagnostických prvků ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele (00061)

Název práce v AJ: Clinical validation of diagnostic elements of the nursing diagnosis Caregiver role strain (00061)

Datum zadání: 2014-03-07

Datum odevzdání: 2019-04-26

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

Autor práce: Mgr. Jana Konečná

Školitel: Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.

Oponenti:

Rozsah: 104 s., 22 příl.

### **Abstrakt v ČJ:**

**Úvod:** Význam rodinných pečovatelů vzrůstá vzhledem k současným a budoucím tendencím vývoje obyvatelstva. Zdraví rodinných pečovatelů je důležitým předpokladem pro poskytování kvalitní péče blízké osobě. Pro včasné detekování nežádoucích dopadů na zdraví pečovatele může pomoci klasifikační systém ošetrovatelských diagnóz NANDA I. Pro precizní stanovení ošetrovatelské diagnózy zátěže pečovatele přispívají validizační studie, které ověřují míru platnosti diagnózy v praxi. **Cíl:** Ústřední cíl disertační práce se zaměřoval na verifikování validity diagnostických prvků ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele (00061) podle klasifikačního systému NANDA International. Hlavní cíl práce je rozpracován do třech dílčích cílů, které se vztahují ke stanovení platnosti definujících charakteristik s určením celkové míry validity zkoumané ošetrovatelské diagnózy a identifikováním významných oblastí určujících znaků ze seznamu NANDA-I. **Metoda:** Validizace vybrané ošetrovatelské diagnózy byla realizována dle metodologického postupu klinické validizace. Byl využit CDV model zaměřený na pacienta (Patient-focused Clinical Diagnostic Validity Model) dle autora Fehringa (1987).

Do výzkumného šetření bylo zařazeno 277 rodinných pečovatelů poskytujících péči blízké osobě v jejím domácím prostředí. Pečovatelé s příslušnou ošetrovatelskou diagnózou byli diagnostikováni prostřednictvím hodnoticího nástroje Zarit Burden Interview (Zarit, 1980, 1990), který byl součástí měřicího nástroje se seznamem definujících charakteristik. **Výsledky:** Bylo stanoveno 20 významných definujících charakteristik vztahujících se převážně k oblasti emocionálního zdraví pečovatele. Nejčastěji byl stanoven určující znak popisující obavy z budoucnosti týkající se zdraví příjemce péče. Hodnota celkového CDV skóre ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele byla 0,55. **Závěr:** Dle výsledků šetření je doporučováno ošetrovatelskou diagnózu revidovat v dalších studiích. Závěry konkrétních určujících znaků v mnoha případech korespondují s komparovanými studii. Výsledky disertační práce identifikovaly konkrétní projevy pečovatelské zátěže, které jsou vnímány pečovateli s ošetrovatelským problémem. Informace mohou být užitečné pro exaktní diagnostikování ošetrovatelského problému v klinické praxi a také podpoří implementování klasifikačního systému NANDA I v českém prostředí. Mohou pomoci k rozvoji efektivních intervencí ke specifickým projevům ošetrovatelské diagnózy či intervencím preventivního charakteru.

**Klíčová slova v ČJ:** validizace, NANDA, ošetrovatelská diagnóza, rodinný pečovatel, zátěž

### **Abstrakt v AJ:**

**Introduction:** The importance of family caregivers is increasing due to current and future trends of population development. The health of family carers is an important prerequisite for providing quality care to a close person. The classification system of nursing diagnoses NANDA I. can help with the early detection of adverse health effects in caregivers. For validation studies that verify the rate validity of the diagnosis in practice contribute to precise determination of nursing diagnoses strain in caregivers. **Objective:** The main goal of the dissertation thesis was to verify the validity of the diagnostic elements of nursing diagnosis Caregiver Role Strain (00061) according to classification system NANDA International. The main aim of the thesis is elaborated into three partial objectives, which relate to the determination of the validity of the defining characteristics, to the determination of the overall level of validity of the nursing diagnosis examined and to the identification of significant areas of the diagnostic elements. **Method:** The validation of the selected nursing diagnosis was carried out according to the methodological procedure of clinical validation. A CDV model

(Patient-focused Clinical Diagnostic Validity Model) was used by author Fehring (1987). The survey included 277 family carers providing care to a close person in their home environment. Caregivers with appropriate nursing diagnoses were diagnosed through an evaluation tool Zarit Burden Interview (Zarit, 1980, 1990), which was a part of the measuring instrument with the list of defining characteristics. **Results:** There are 20 significant defining characteristics related mainly to the area of the emotional health of the caregiver. The defining characteristic describing apprehension about the future regarding care receiver's health was marked as the most often. The value of the total CDV score of the nursing diagnosis Caregiver Role Strain was 0,55. **Conclusion:** According to the survey results, it is recommended to revise the nursing diagnosis in other studies. Conclusions of the specific defining characteristics in many cases correspond to comparative studies. The results of the dissertation identified specific manifestations of the care strain, which are perceived by the caregivers with the nursing problem. Information can be useful for accurate diagnosis of the nursing problem in clinical practice and to support the implementability of the NANDA I classification system in Czech surroundings. They can help to develop effective interventions in specific manifestations of nursing diagnosis or preventive interventions.

**Klíčová slova v AJ:** validation, nursing diagnosis, NANDA, family caregiver, strain, burden

## **Prohlášení**

Disertační práce je duševním vlastnictvím Mgr. Jany Konečné a podléhá právní ochraně podle § 2 zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon).

Prohlašuji, že jsem disertační práci vypracovala samostatně pod vedením školitele Mgr. Zdeňky Mikšové, Ph.D., všechny literární i odborné zdroje, které jsem v práci použila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Zdeňce Mikšové, Ph.D., za odborné vedení disertační práce a cenné rady při jejím zpracování. Rovněž děkuji RNDr. Evě Reiterové, Ph.D., za odborné konzultace a spolupráci v oblasti statistiky.

## **Prohlášení o dedikaci k projektu**

Disertační práce byla podpořena grantem Studentské grantové soutěže na Univerzitě Palackého v Olomouci v roce 2014. Je dedikována k projektu FZV\_2014\_011 *Validizace ošetrovatelské diagnózy Přetížení pečovatele a uplatnění NIC, NOC komponent v komunitní péči*.

Hlavní řešitelka projektu Mgr. Jana Konečná (studentka doktorského programu Ošetrovatelství) realizovala design výzkumného šetření, vytvořila výzkumné nástroje pro sběr dat, vyhledala respondenty splňující kritéria výběru, organizovala šetření a sběr dat, analyzovala získaná data deskriptivní statistikou, připravila publikaci a závěrečnou zprávu.

Spoluřešitelka projektu Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D., (školitelka) se podílela na designu výzkumného šetření, přípravě výzkumných nástrojů, odborných jazykových korekturách, dále participovala na přípravě publikace a závěrečné projektové zprávy.

Spoluřešitelka Mgr. Šárka Šaňáková se podílela na jazykových překladech a tvorbě výzkumných nástrojů.

Spoluřešitel MUDr. Jan Galuszka, Ph.D., se podílel na jazykových překladech a odborných diskuzích s řešitelským týmem.

Výše uvedené skutečnosti o vymezení rozsahu tvůrčího podílu Mgr. Jany Konečné dokládá schválená Závěrečná zpráva o řešení projektu Studentské grantové soutěže na Univerzitě Palackého v Olomouci.

V Olomouci, 20. dubna 2019

Mgr. Jana Konečná  
hlavní řešitelka projektu



## PŘEDMLUVA

Předkládaná disertační práce se zaměřuje na zátěž neformálních pečovatелů v kontextu standardizované klasifikace ošetrovatelských diagnóz NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association). Cílem je verifikování platnosti vybraných diagnostických indikátorů u zvoleného ošetrovatelského problému.

Se současným demografickým vývojem souvisejícím s nárůstem stárnoucí populace je vyzdvihován význam neformální péče, a to především v oblasti dlouhodobé péče (Triantafillou et al., 2010, s. 19). Rodinná péče nemá pouze pozitivní aspekty (Carbonneau et al., 2010, s. 331), ale sami pečovatелé mohou být skrytými pacienty s vážnými důsledky odrážejícími se na psychickém a fyzickém zdraví (Hughes, 2008, s. 349). Posouzení zdravotního stavu pečovatелů je proto významnou oblastí, kterou je nutné v ošetrovatelské péči zohlednit (Honea et al., 2008, s. 508). Včasné rozpoznání problémů vyplývajících z pečovatelské role je pro sestry zásadní, jelikož přítomnost má vliv na celkovou pohodu pečovatele, rodinnou dynamiku a kvalitu péče poskytované blízké osobě (Rueda Diaz, De Almeida Lopes Monteiro Da Cruz, De Cassia Gengo E Silva, 2016, s. 282). Pojmenování problémů prostřednictvím ošetrovatelské diagnózy a použití přesných klinických indikátorů je základním nástrojem k identifikování změn u pečujících osob (Herdman et al., 2014, s. 26). K mezinárodní aplikovatelnosti klasifikačního systému NANDA-I v praxi přispívají právě validizační studie. Účelem validizačních studií je ověření diagnostických indikátorů konkrétní ošetrovatelské diagnózy v odlišném sociokulturním prostředí (Jarošová et al., 2012, s. 26).

Zaměření disertační práce podpoří implementování mezinárodní klasifikace v českém klinickém prostředí, zejména v oblasti komunitní ošetrovatelské péče. Práce rovněž poukáže na závažnost problémů, které mohou vyplývat z pečovatelské role o blízkou osobu.

Teoretická východiska disertační práce obsahují aktuální dohledané poznatky orientující se na zátěž rodinného pečovatele z hlediska ošetrovatelského problému s využitím klasifikace NANDA-I, zahrnující posouzení zátěže a deskripci validizačních studií vybrané ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele. Empirická část popisuje výzkumné šetření klinické validizace uvedené ošetrovatelské diagnózy.

# OBSAH

<b>SEZNAM ZKRATEK.....</b>	<b>11</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>13</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ.....</b>	<b>14</b>
<b>ÚVOD.....</b>	<b>15</b>
<b>STRATEGIE VYHLEDÁVÁNÍ INFORMACÍ.....</b>	<b>16</b>
<b>1 PÉČE V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ PACIENTA.....</b>	<b>18</b>
1.1 Důsledky rodinné péče.....	24
<b>2 ZÁTĚŽ PEČOVATELE V KONTEXTU STANDARDIZOVANÉ OŠETŘOVAT. TERMINOLOGIE NANDA-I.....</b>	<b>32</b>
2.1 Hodnocení zátěže pečovatele.....	37
<b>3 OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA ZÁTĚŽ V ROLI PEČOVATELE VE VALIDIZAČNÍCH STUDIÍCH.....</b>	<b>43</b>
<b>4 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....</b>	<b>49</b>
4.1 Konceptuální vymezení výzkumu.....	50
4.2 Vytvoření výzkumných a statistických hypotéz.....	51
4.3 Popis měřicího nástroje.....	54
4.4 Popis výzkumného vzorku.....	56
4.5 Realizace výzkumu.....	56
4.6 Metody statistického zpracování.....	57
4.7 Pilotní studie.....	60
<b>5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....</b>	<b>61</b>
5.1 Charakteristika výzkumného vzorku.....	61
5.2 Výsledky klinické validizace ošetřovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele.....	65
5.3 Ověření hypotéz.....	71
<b>6 DISKUZE .....</b>	<b>83</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>90</b>
<b>BIBLIOGRAFICKÉ CITACE .....</b>	<b>92</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>104</b>

## SEZNAM ZKRATEK

ADL – Activities of Daily Living, základní denní činnosti

apod. – a podobně

atd. – a tak dále

CDV – Clinical Diagnostic Validity Model, model klinické diagnostické validity

č. – číslo

ČR – Česká republika

DCV – Diagnostic Content Validity Model, model validity diagnostického obsahu

IADL – Instrumental Activities of Daily Living, instrumentální denní činnosti

ISSP – International Social Survey Programme

ICNP – International Classification of Nursing Practice

GIT – gastrointestinální trakt

max. – maximum

min. – minimum

n – absolutní četnost

NANDA-I – North American Nursing Diagnosis Association International

např. – například

obr. – obrázek

OECD - Organisation for Economic Co-Operation and Development

p – p-hodnota

příl. – příloha

r – Pearsonův korelační koeficient

$r_{sp}$  – Spearmanův korelační koeficient

SD – směrodatná odchylka

tab. – tabulka

tj. – to je

tzn. – to znamená

tzv. – tak zvaný

UZ – určující znak

vs – vážené skóre

zák. – zákon

ZBI – Zarit Burden Interview

$\bar{x}$  – aritmetický průměr

## SEZNAM TABULEK

Tab. 1 Hlavní problémy rodinných pečovatelů.....	31
Tab. 2 Vybrané hodnoticí nástroje k posouzení zátěže pečovatele.....	41
Tab. 3 Interpretace síly korelačního koeficientu.....	58
Tab. 4 Věk respondentů.....	61
Tab. 5 Kontingenční tabulka pohlaví a vzdělání.....	62
Tab. 6 Kontingenční tabulka pohlaví a vztahu k opečovávané osobě.....	64
Tab. 7 Vedlejší definující charakteristiky (celková sumarizace).....	65
Tab. 8 Vedlejší definující charakteristiky (3. skupina).....	67
Tab. 9 Nevýznamné definující charakteristiky (4. skupina).....	71
Tab. 10 Korelační analýza významných UZ.....	73
Tab. 11 Korelační analýza vedlejších UZ (3. skupina).....	75
Tab. 12 Korelační analýza hlavních UZ (4. skupina).....	77
Tab. 13 Korelační analýza vedlejších UZ (4. skupina).....	79
Tab. 14 Hodnoty korelace věku a celkového CDV skóre.....	80
Tab. 15 Hodnoty korelace délky pečování a celkového CDV skóre.....	80
Tab. 16 Hodnoty korelace vzdělání a celkového CDV skóre.....	81
Tab. 17 Hodnoty korelace skóre zátěže a celkového CDV skóre.....	82

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 Algoritmus řešeršní činnosti.....	17
Obr. 2 Histogram rozložení dat celkového CDV skóre.....	59
Obr. 3 Vzdělání respondentů.....	62
Obr. 4 Délka pečovatelské role.....	63
Obr. 5 Vztah k opečovávané osobě.....	64
Obr. 6 Míra zátěže pečovatelů.....	65
Obr. 7 Vedlejší definující charakteristiky (skupina 2, 3, 4).....	66
Obr. 8 Nevýznamné definující charakteristiky (3. skupina).....	68
Obr. 9 Hlavní definující charakteristiky (4. skupina).....	69
Obr. 10 Vedlejší definující charakteristiky (4. skupina).....	70

## ÚVOD

Ošetrovatelská diagnóza je postup klinického posouzení vztahující se k lidským reakcím orientující se na zdraví, procesy či predispozice k reakci, které jsou přítomny u jedince, rodiny, skupiny nebo celé komunity (Herdman et al., 2014, s. 25). Klinické posouzení představuje jednu z nejsložitějších fází ošetrovatelského procesu zahrnující etapu rozhodování s identifikováním klinického stavu pacienta. Validizování ošetrovatelských diagnóz vede k vyšší preciznosti diagnóz a přesnějšímu závěru v posuzovací fázi. Odborníkům ve zdravotnictví významně usnadní stanovení diagnózy a plánování konkrétních intervencí v klinickém prostředí (Caldeira et al., 2012, s. 1444).

Ošetrovatelský problém související se zátěží pečovatele nabývá na významu vzhledem k sociálním a demografickým změnám v celé Evropě. Role rodinného pečovatele obvykle není plánovaná, ale rozhodnutí stát se pečující osobou přichází v případě potřeby pomoci blízkému. Nová role značně ovlivňuje životní styl pečovatele a nese s sebou nové požadavky na jeho dovednosti a znalosti (COFACE, 2017, s. 56). Vzniklá zátěž rodinného pečovatele je častým jevem a v případě neřešení situace může vést k nežádoucím zdravotním důsledkům. Posouzení zdravotního stavu pečovatelů se tak stává významnou fází ošetrovatelského procesu. Jedná se o systematický proces sběru informací popisující situaci pečovatele s identifikováním konkrétních problémů, potřeb a zdrojů pečující osoby (Honea et al., 2008, s. 507; Family Caregiver Alliance's, 2006, s. 16).

Cílem disertační práce je ověřit platnost vybraných diagnostických indikátorů ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele (00061) klasifikace NANDA-I. Cíl práce je dále specifikován do třech dílčích cílů: 1. Ověřit validitu vybraných prvků ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele. 2. Stanovit celkovou míru validity ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele. 3. Identifikovat významné oblasti definujících charakteristik ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele ze seznamu NANDA-I.

## STRATEGIE VYHLEDÁVÁNÍ INFORMACÍ

Kvůli porozumění a stanovení orientace tématu práce byla provedena rešeršní činnost. Po selekci a prostudování relevantních zdrojů byl vytvořen teoretický rámec práce. Teoretické poznatky reprezentují logickou návaznost zkoumané problematiky definováním teoretických výstupů od obecného ke specifickému. Teoretická část vychází z informací z odborných publikací zaměřených na vymezení rodinného pečovatele ve všeobecné rovině v návaznosti na obor ošetrovatelství. Ošetrovatelská část se specializuje na ošetrovatelský problém vztahující se k zátěži rodinného pečovatele v systému standardizované klasifikace ošetrovatelských diagnóz NANDA-I.

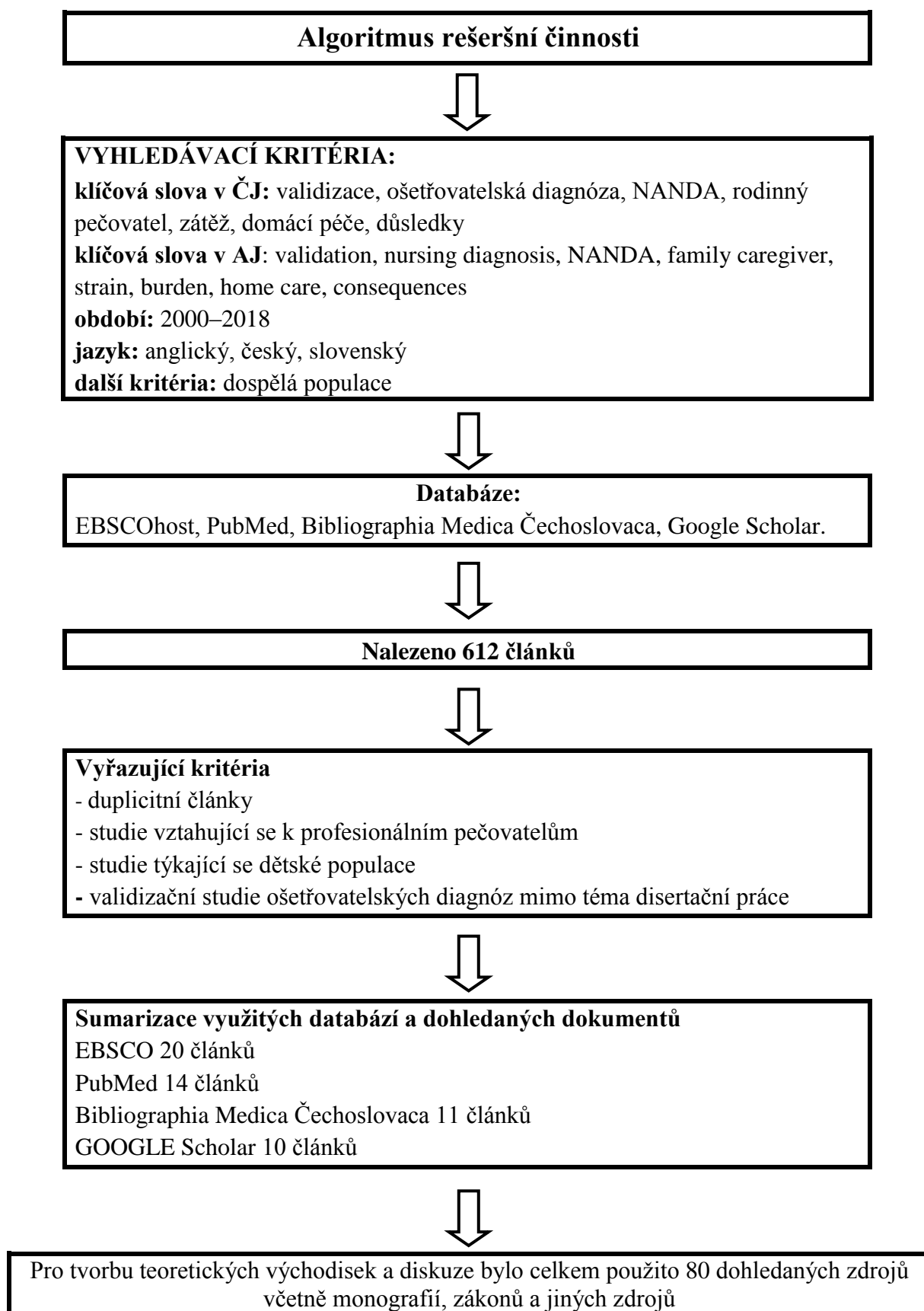
Vyhledávání odborných zdrojů bylo uskutečněno v součinnosti s knihovnou Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého. Byly využity dostupné elektronické informační zdroje Univerzity Palackého z databází: *EBSCOhost*, *PubMed*, *Bibliographia Medica Českoslovacca* a vyhledávač *Google Scholar*.

Zdroje byly vyhledávány za použití klíčových slov v českém jazyce (validizace, ošetrovatelská diagnóza, NANDA, rodinný pečovatel, zátěž, domácí péče, důsledky) a v anglickém jazyce (validation, nursing diagnosis, NANDA, family caregiver, strain, burden, home care, consequences). Vyhledávání pomocí klíčových slov bylo realizováno za použití kombinace Booleovských operátorů. Celkem bylo dohledáno 612 odkazů, které byly následně tříděny podle zařazovacích a vyřazovacích kritérií. Zařazovací kritéria byla stanovena dle klíčových slov, jazykem byla čeština, slovenština a angličtina, vyhledávací období bylo stanoveno 2000–2018, vztaženo na dospělou populaci. Vyřazovací kritéria byly duplicitní články, studie vztahující se k profesionálním pečovatelům, studie týkající se dětské populace, validizační studie ošetrovatelských diagnóz mimo téma disertační práce.

Primárně byly prostudovány abstrakty dohledaných článků a následně dle zvolených kritérií byly dohledány plnotexty. V dalším kroku byly texty analyzovány a selektovány dle relevance k obsahu disertační práce. Finálně bylo využito 80 dohledaných dokumentů pro tvorbu teoretických východisek a diskuzi disertační práce. Postup rešeršní činnosti je zobrazen na obrázku 1.



Obr. 1 Algoritmus rešeršní činnosti



# 1 PÉČE V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ PACIENTA

V souvislosti s demografickým vývojem, který charakterizuje celkové stárnutí populace, prodlužující se střední délka života a pokles porodnosti, se klade důraz na neformální péči, a to především v oblasti dlouhodobé péče (Triantafillou et al., 2010, s. 19–20). Vyšší podíl obyvatelstva převážně seniorského věku vytváří otázky související se zajištěním sociálně-zdravotní péče a penzijním zabezpečením těchto osob (Svobodová, 2010, s. 186–187). Současným trendem v péči o seniory je ponechat tyto osoby co nejdéle v jejich domácím prostředí v porovnání s institucionálním typem péče. Forma domácí péče je z velké části upřednostňována staršími občany s přáním vytvořit vhodné podmínky k využívání tohoto způsobu péče. I přes tuto skutečnost zájem o institucionální péči stále přetrvává (Kotrusová, Dobiášová, 2012, s. 2). Neformální péče představuje významný pilíř systému dlouhodobé péče v celé Evropě včetně efektivního dopadu na ekonomiku státu (Zigante, 2018, s. 5). Zvyšující se podíl osob nad 80 let klade na státy OECD požadavky vzhledem k intenzivnějšímu řešení záležitostí souvisejících s potřebou zajištění této dlouhodobé péče. S nárůstem počtu osob vyžadujících dlouhodobou péči bude vyvíjen tlak na rodinné příslušníky, aby se ujali role pečovatele (Colombo et al., 2011, s. 81). Neformální dlouhodobá péče je definována jako péče poskytovaná osobám s funkčním omezením, které převážně žijí ve svém domácím prostředí. Forma péče se také vztahuje k institucím, které nabízí pomoc a podporu osobám vyžadujícím péči a umožňují jim setrvat v jejich přirozeném prostředí, např. se jedná o služby komunitní péče a denních center (Colombo et al., 2011, s. 12).

S rodinnou péčí je vyzdvihován termín sendvičové generace (také sendvičová konstelace). Jedná se o označení osob, u kterých dochází k současnému prolínání více životních rolí. Jsou to lidé mezi 40 až 60 lety, převážně ženského pohlaví, kteří se nacházejí v pozici zaměstnance, rodiče, dítěte či osoby poskytující navíc pomoc a péči svým nebo partnerovým rodičům (Šindelář, 2014, s. 31–32). Dle výzkumu COFACE jsou součástí sendvičové generace z 85 % ženy-pečovatelky věkového rozmezí mezi 35 a 64 lety, které z 27 % zaopatřují péči více osobám (COFACE, 2017, s. 7). Společenský význam osob spadajících do sendvičové generace stále roste, jelikož tato populace s velkou pravděpodobností bude potřebovat sama péči, ale počet eventuálních pečovatelů bude nedostačující vzhledem k demografickému poklesu narozených dětí. Proto se od potomků očekává poskytování péče svým rodičům. Vzhledem

k této skutečnosti může nastat situace, kdy rodinná péče nebude tak častým jevem, jako je tomu v současnosti (Šindelář, 2014, s. 31–32).

Zvyšující se podíl seniorské populace nemá pouze negativní důsledky, ale i pozitivní aspekty zahrnující celkové zkvalitnění života a zdraví seniorů (Svobodová, 2010, s. 187). Domácí péče je celosvětově považována za nejvhodnější formu péče a jiné možnosti jsou chápány pouze jako náhradní alternativy (Bartoňová, 2005, s. 33–34). Neformální způsob péče má obecně více benefitů oproti její institucionální formě. Významnou nevýhodou péče v pobytových zařízeních je oslabení rodinné a mezigenerační soudržnosti (Geissler et al., 2015, s. 103). Neformální typ péče zcela uznává celistvost a individuálnost opečovávané osoby v jejím přirozeném prostředí. Významným pozitivem domácí péče je působení na duševní stránku příjemce péče, která je zásadní pro celkovou léčbu či snižuje negativa provázející možné psychické projevy nemoci. Neméně kladným hlediskem je vyhnutí se nozokomiálním nákazám souvisejícím s hospitalizací ve zdravotnických zařízeních (Bartoňová, 2005, s. 33–34).

Neformální péče je také nazývána laickou péčí, která je obecně definována jako péče, která je poskytována osobě, jež se nemůže o sebe postarat. Tato péče je vykonávána partnery, druhy, dospělými dětmi, ostatními příbuznými či přáteli nebo sousedy. Do neformální formy péče se řadí rodinná péče, která je vykonávána pouze osobami majícími rodinné vazby. Rodinná péče je založena na principu solidarity. Pečování o rodinného příslušníka vyžaduje velkou sociální soudržnost celé rodiny zajišťující péči. Rodina si musí zachovat jednotnost v rozhodnutí, zda mají, nebo nemají zájem participovat na péči (Jeřábek, 2005, s. 7). Rodinná péče přirozeně nemá význam, pokud nejde o přání opečovávané osoby (Bartoňová, 2005, s. 32). Pokud pečující osoba péči nesdílí s ostatními členy rodiny nebo není podporována okolím, jedná se o značný faktor zátěže (Hubíková, 2017, s. 7). Neformální a rodinná péče je vykonávána neprofesionálním, laickým pečovatelem. Nevztahuje se k péči o zdravé děti, zdravé příslušníky rodiny či přátele, ale zahrnuje pomoc lidem, kteří jsou určitým způsobem znevýhodněni v souvislosti se změnou jejich zdravotního stavu. Péče může nabývat podoby občasné výpomoci s každodenními činnostmi až po nepřetržitou celodenní osobní péči (Geissler et al., 2015, s. 9). Tito pečovatelé nemají primárně erudici v pečovatelské oblasti a nedostávají za poskytovanou péči mzdu. Činnosti vyplývající z pečovatelské role nejsou časově omezeny a smluvně stanoveny (Triantafillou et al., 2010, s. 11). V pozici neformálního pečovatele se může ocitnout také osoba, která je profesí všeobecná sestra, ošetřovatel/ka, vyškolený/á pečovatel/ka či se věnuje jiné profesi se zdravotně-sociálním zaměřením. Tyto osoby jsou taktéž vystaveny rizikům plynoucím z dlouhodobé péče o člena rodiny (Truhlářová

et al., 2015, s. 26). Pečující osoby participující na péči samy bez pomoci jiné osoby jsou primárními pečovateli (Hubíková, 2017, s. 7). Samotní pečovatelé se mohou dostat do tíživé situace, kdy nebudou schopni poskytovat péči, ale budou ji sami potřebovat vzhledem k nárůstu věku (Triantafillou et al., 2010, s. 20).

Neformální péči lze rozdělit na podpůrnou, neosobní a osobní péči. *Podpůrná péče* (*subsidiary care*) se vztahuje k občasné a nepravidelné výpomoci, např. formou finanční pomoci, zajištění chodu domácnosti v podobě oprav, zajištění transportu k lékaři či pomoci s administrativními úkony na úřadech apod. Podpůrnou péči potřebuje velká část osob seniorského věku. Péče je obstarávána v nepravidelných intervalech a podle potřeby příjemce péče. Tato forma péče je časově nenáročná a není nutné sdílet společnou domácnost s pečovatelem. *Neosobní péče* (*impersonal care*) je realizována v častějších a pravidelnějších intervalech. Jedná se o činnosti vztahující se převážně k péči o domácnost, tzv. instrumentálním aktivitám každodenního života (IADL). Jedná se o činnosti, které nelze odkládat na pozdější období. Pro tento druh péče lze využít placené služby, např. v podobě zajištění úklidu domácnosti, obstarání obědů, nákupů apod. *Osobní péče* (*personal care*) je nejnáročnější a zpravidla souvisí s každodenní péčí v základních aktivitách každodenního života (ADL), jde např. o pomoc v oblasti osobní hygieny, příjmu potravy a tekutin, vyprazdňování, oblékání apod. Tento způsob péče vyžaduje stálou přítomnost osoby poskytující péči a činnosti se každý den pravidelně opakují. Péče může být poskytována členy rodiny v domácím prostředí opečovávané osoby nebo péči převezme konkrétní instituce, např. nemocnice, domov pro seniory, hospic či jiná zařízení. Opečovávaná osoba je na této formě péče závislá. Od pečovatele je vyžadována pravidelnost, houževnatost, obětavost a velká míra odpovědnosti. Právě permanentní odpovědnost pečovatele je důležitým faktorem, který může mít negativní vliv na jeho zdraví. Nezastupitelnou úlohu v oblasti osobní péče tvoří rodinná podpora a její účast na péči, která může významně ovlivnit pocity beznaděje, bezmoci a osamělosti primárního pečovatele (Jeřábek, 2005, s. 12–13). V zemích OECD poskytuje osobní péči příbuzným s funkčním omezením více než jedna osoba z deseti dospělých nad 50 let. Téměř ze dvou třetin péči poskytují ženy (Colombo et al., 2011, s. 13).

Formální péče je proti neformálnímu typu péče vykonávána pouze kvalifikovanými odborníky. Mezi formálním pečovatelem a příjemcem péče je smluvní vztah a za poskytnutou péči je vyplacena mzda. Profese formálního pečovatele je vymezena zákonnými normami (Triantafillou et al., 2010, s. 11).

Obecně jsou pečovateli všechny osoby poskytující minimálně jednu hodinu péče za týden (Colombo et al., 2011, s. 87). Rodinný pečovatel je definován jako neprofesionální osoba

poskytující péči nebo formu podpory v základních činnostech každodenního života, a to osobě s omezenou soběstačností nebo nesoběstačné osobě v jejím přirozeném prostředí. Péče rodinným pečovatelem je vykonávána na přechodné nebo trvalé úrovni (COFACE, 2017, s. 6) zahrnující ošetřovatelskou péči, pomoc se vzděláváním, podporu ve společenském životě, management administrativních záležitostí, pomoc s cestováním, dohled, psychologickou podporu, komunikaci, domácí práce atd. (COFACE, 2009, s. neuvedena). Význam neformální péče je také zdůrazněn v Národním akčním plánu ČR podporujícím pozitivní stárnutí pro období let 2013–2017, který vyzdvihuje nutnost vzdělávání a podporu pečujícím rodinám. Důsledkem uvedených opatření bude snížení nákladů na zdravotně-sociální systém, zlepšení celkového zdraví a zefektivnění péče o opečovávanou osobu. Pro pečující osoby budou k dispozici psychologické služby, respitní nabídka služeb, finanční podpora či pomoc na trhu práce. Národní akční plán zdůrazňuje také finanční podporu cílenou na nákup asistivních technologií (pomůcky zlepšující tělesné nebo mentální funkce), které ulehčí péči jak pečovateli, tak příjemci péče (Národní akční plán, 2014, s. 38). Podporování neformálních pečovatelů je významné k zajištění kontinuity péče mezi neformální a formální péčí (Colombo et al., 2011, s. 85–87).

Značnou pozornost je nutné věnovat pečovatelům vykonávajícím intenzivní péči. Intenzivní péče je definována jako péče poskytovaná osobou v rozsahu více než 20 hodin za týden. Tito pečovatelé s velkou pravděpodobností ukončí zaměstnání a budou se potýkat s problémy v oblasti psychického zdraví zapříčiněnými vysokou mírou odpovědnosti za péči. Velká část intenzivních pečujících se nachází ve věkovém rozmezí 50 až 64 let a péče je vykonávána především mezi manželi. Pečovatelé České republiky a Polska poskytují více než 30 % intenzivní péče. Ve Španělsku se jedná o 50 % intenzivních pečovatelů. Zajímavým zjištěním je skutečnost, že ve Velké Británii je intenzivní péče poskytována více než 70 % pečovateli věnujícími péči manželovi/manželce oproti 17 % pečovatelů pečujících o rodiče. Ve střední Evropě se jedná o 42,3 % intenzivní péče o manžela/manželku na rozdíl od „neintenzivní“ péče (3,4 %). Intenzivní pečovatelé mají pravděpodobně větší zkušenosti se sociálním znevýhodněním a také jsou méně finančně ohodnoceni ve srovnání s pečovateli poskytujícími časově méně náročnou péči. Nižší stupeň vzdělání je o 30 % vyšší a míra chudoby je dvakrát vyšší u intenzivních pečovatelů než u ostatních pečovatelů. Intenzivní pečovatelé jsou zranitelnou skupinou osob, pozornost státu by se proto měla zaměřit na identifikování této kategorie pečovatelů s rozpoznáním odlišností od ostatních osob poskytujících neintenzivní péči (Colombo et al., 2011, s. 97–101).

V České republice není k dispozici databáze osob poskytujících péči, proto lze počet rodinných pečovatelů pouze odhadnout podle četnosti osob pobírajících příspěvek na péči, demografického vývoje a jiných ukazatelů (Geissler et al., 2015, s. 23). V ČR bylo podle dat ISSP Rodina a zdraví zjištěno, že 23 % osob poskytuje pravidelnou péči blízkému členu rodiny (Klímová Chaloupková, 2013, s. 114). Odhaduje se, že počet neformálních pečovatelů je v ČR kolem 250 000 až 300 000 a z tohoto počtu je polovina pečujících osob z rodinného kruhu (Pospíšil, 2016, s. 26). Nejvíce vyčíslenou věkovou skupinou jsou ženy od 55 do 64 let, kdy s velkou pravděpodobností poskytují péči rodičům. Mnoho pečovatelů je i středního věku, ti kombinují péči o člena rodiny s péčí o děti a v některých případech i s výdělečnou činností. Nejpočetnější věkovou skupinou, která musí sladit péči o příbuzného a děti, jsou ženy od 45 do 54 let. Šetřením bylo zjištěno, že ženy žijící s partnerem se do péče o příbuzného zapojují aktivněji, než kdyby byly bez partnera. U mužů partnerské soužití nehraje pro poskytování péče tak významnou roli (Klímová Chaloupková, 2013, s. 114–121).

Podle evropské sítě COFACE Families Europe, která zastupuje zájmy rodin, jsou osobami vyžadujícími péči nebo nějakou formu pomoci děti a dospělí s tělesným nebo mentálním handicapem, senioři či osoby s chronickým onemocněním nebo určitou závislostí. Současné sociální a demografické změny značně ovlivňují chod rodiny v celé Evropě. Kromě nárůstu stárnoucí populace se jedná také o situace související se změnami v mezigeneračních rodinách a rodinných strukturách a zvýšenou účastí žen na pracovním trhu. Neformální pečovatelé včetně rodinných členů a přátel poskytují v Evropě kolem 80 % péče. Stejně jako osoby vyžadující určitou formu péče také rodinní pečovatelé by měli mít možnost volby, zda chtějí pečovat v plném, nebo částečném rozsahu. Rovněž by měli mít možnost tuto novou roli sladit se svým pracovním a osobním životem. Při výzkumu COFACE, na kterém participovalo 17 evropských států, bylo dále zjištěno, že nejčastěji je péče poskytována dospělým se zdravotním postižením (28,5 %), poté seniorům (22 %) a dětem se zdravotním handicapem (20 %). Neformální pečovatelé nejčastěji pomáhají vlastnímu dítěti (35 %), rodiči (28 %) nebo partnerovi (11 %). Ze studie vyplývá, že 1 ze 3 pečujících osob poskytuje velmi intenzivní péči v počtu 56 hodin za týden či dokonce více. I to je důvod, proč je 43 % pečovatelů ekonomicky neaktivních. Lidé si obvykle neplánují, že se stanou pečovatelem, ale pokud je nutná pomoc blízké osobě, tuto roli převzou. Role pečovatele je emocionálně náročná situace, která významně ovlivňuje životní styl toho, kdo ji vykonává, a vyžaduje také další dovednosti a znalosti v oblasti sociální a zdravotní pomoci (COFACE, 2017, s. 6–23).

Byl realizován výzkum, který zjišťoval názory 1 007 lékařů a 1 005 všeobecných sester na poskytování péče v domácím prostředí. Lékaři i sestry se shodli, že nejvýznamnější výhodou

pro poskytování této péče seniorovi je jeho známé přirozené prostředí. Další kladnou stránkou je zefektivnění spolupráce s rodinou, což vyzdvihli lékaři. Sestry na druhém místě uvedly nestresující prostředí. Při zjišťování stinných stránek domácí péče seniorům se obě skupiny shodly, že nejvýznamnějším faktorem této péče je vzdálenost bydliště od zdravotnického zařízení. Z výzkumů vyplývá, že je nezbytné zaměřit se na zkvalitnění dosažitelnosti zdravotních a sociálních služeb (Tóthová, Veisová, Bártlová, 2011, s. 131–136).

Výzkumem Schulze et al. (2012) bylo zjištěno, že téměř polovina pečovatелů vnímá minimální možnost volby, že se stane pečovatelem. Vysoce vzdělané a starší pečující osoby poskytující péči mladším osobám s psychickými problémy udávaly, že při zahájení činnosti pečovatele neměly možnost volby. Nemožnost výběru je rizikovým faktorem vzniku negativních dopadů spojených s pečováním a je spojena s vyšším stupněm emoční i fyzické zátěže projevující se negativními vlivy na zdraví. Výsledky jsou významné pro poskytovatele zdravotních a sociálních služeb, kteří by měli být pozornější, pokud jde o vnímání volby osob, že se stanou pečovateli. Nesprávně vnímané rozhodnutí stát se pečovatelem může vyvolat úzkost, která může ústít ve vztek a vést ke špatné kvalitě péče (Schulz et al., 2012, s. 5–9).

Autorky Vávrová a Vaculíková (2017) realizovaly výzkum zaměřující se na výběr formy péče v seniorském věku, pokud by respondenti sami potřebovali pomoc s péčí. Bylo zjištěno, že 39 % zkoumaných osob by při ztrátě soběstačnosti upřednostnilo rodinnou péči. Formu péče v rodinném okruhu, ale s využitím terénních či ambulantních služeb by zvolilo 25 % osob. 20 % respondentů by uvítalo pomoc v domovech pro seniory. 13 % osob by si vybralo péči v domácím prostředí, ale s využitím služeb od profesionálů (Vávrová, Vaculíková, 2017, s. 87).

Zkombinovat péči se zaměstnáním může být problematické, což v některých situacích může vést k ukončení nebo snížení pracovního poměru (Colombo et al., 2011, s. 85–87). Kvůli podporování a motivování neformálních pečovatелů byla tudíž do zákona č. 310/2017 Sb, o nemocenském pojištění, začleněna dávka týkající se nároku na dlouhodobé ošetřovné. Ta má nahradit příjem, pokud zaměstnanec potřebuje pečovat o blízkou osobu. Nárok na dlouhodobé ošetřovné má pečovatel (zaměstnanec) poskytující dlouhodobou péči v domácím prostředí. Pečovatel nárokující dlouhodobé ošetřovné musí být ve vztahu k osobě vyžadující péči v pozici manžela/ky, druha/družky, registrovaného partnerství nebo v příbuzenské linii. Po propuštění osoby ze zdravotnického zařízení po době trvající alespoň 7 kalendářních dnů ošetřující lékař příslušného lůžkového pracoviště rozhodne, zda je nutná dlouhodobá domácí péče po dobu alespoň 30 kalendářních dnů, a vyplní předepsaný formulář. Doba vyplácení dlouhodobého ošetřovného je v délce 90 kalendářních dnů od vydaného rozhodnutí k potřebné péči a výše

nároku je 60 % redukovaneho vyměřovacího základu (zák. 310/2017). V případě dlouhodobé nepřízně zdravotního stavu blízké osoby se tak poskytuje pečovateli časová rezerva k zajištění jiných forem či služeb péče a vyřízení administrativních úkonů spojených např. s finančním zajištěním péče. Částečná finanční kompenzace pro rodinné pečovatele může pocházet také z příspěvku na péči dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Příspěvek je určen osobám, které jsou závislé na pomoci jiné osoby. Účelem příspěvku je použití financí na potřebné sociální či jiné služby vedoucí k zajištění základních potřeb osob vyžadujících péči. Dle tohoto zákona se může na péči podílet i osoba blízká (manželé, příbuzní, sourozenci, registrovaní partneři apod.). Výše příspěvku se odvíjí od závislosti osoby vyžadující péči na jiné osobě. Závislost se posuzuje ve čtyřech stupních od lehké po úplnou a hodnotí schopnosti osoby zvládat základní potřeby každodenního života, jako je např. mobilita, hygiena, orientace, péče o domácnost apod. (zák. 108/2006).

Z vyhledaných informací je zřejmé, že neformální péče bude nadále vzrůstat na významu vzhledem k demografickému vývoji obyvatelstva seniorského věku s potřebou zajištění především dlouhodobé péče. Participování pečovatelů z rodinného či blízkého okruhu osob vyžadujících péči hraje proto nezastupitelnou úlohu. Hlavní osoba poskytující péči blízké osobě představuje formu podpůrné, osobní nebo neosobní péče v přirozeném prostředí závislé osoby. Primárními rodinnými pečovateli jsou převážně ženy, které jsou součástí tzv. sendvičové generace. U pečovatelů poskytujících intenzivní péči (více jak 20 hodin péče za týden) by měla být zvýšená pozornost zaměřena vzhledem k dopadům na celkové zdraví pečovatele. Významnou úlohu má rodina pečovatele i opečovávaného, která může významně pomoci s péčí a eliminovat negativa vyplývající z pečovatelské role. Podstatnou úlohu v oblasti rodinné péče vytváří zapojení služeb formální péče. V současnosti v ČR vznikají centra neformální péče, která budou nabízet komplexní pomoc a poradenství pro pečující osoby.

## **1.1 Důsledky rodinné péče**

Vedle pozitivních dopadů na hospodárnost státu a kladných stránek neformální péče v podobě příznivých vztahů mezi pečovatelem a opečovávanou osobou, pocitů naplnění a významu pečovatelské role jsou rozpoznány také negativní vlivy na jejich zdraví



(Carbonneau, Caron, Desrosiers, 2010, s. 327–328). Nejnovější evropská studie dokládá vyšší pravděpodobnost snížené kvality zdraví pečovatелů (Zigante, 2018, s. 32).

Pokud rodinný pečovatel obtížně vnímá vykonávání své role nebo se cítí být zavalen pečovatelskými úkoly, rozvíjí se zátěž pečovatele. Termínem objektivní zátěž se označuje stav pečovatele vztahující se k událostem nebo aktivitám doprovázejícím pečovatelskou roli. Do těchto aktivit lze zařadit poskytování každodenní péče nebo zvládání situací souvisejících se změnami v chování opečovávané osoby. Subjektivní zátěž pečovatele je často méně zřejmá a popisuje emoční reakce pečovatele vztahující se k péči. Emoční reakce se mohou manifestovat únavou, frustrací, úzkostí či obavami. Zdravotní rizika související s vykonáváním pečovatelské role mohou vést ke zvýšenému riziku úmrtí pečovatele (Honea et al., 2008, s. 508). U neformálních pečovatелů se objevují všechny příznaky prožitého chronického stresu. Délka pečovatelské role má spojitost se vznikem zátěže (Brown & Brown, 2014, s. 74) na psychické a fyzické úrovni, která je charakteristická vysokou mírou nepředvídatelnosti a neovladatelnosti. Vzniká sekundární stres v mnoha životních oblastech zasahujících do rodinných a pracovních vztahů (Vitaliano, Zhang, Scanlan, 2003, s. 961–963). Také intenzita a charakter péče mají značný vliv na vznik pečovatelské zátěže (Brown & Brown, 2014, s. 74).

Péče je v mnoha případech poskytována pouze jedinou osobou, která vykonává celodenní péči trávající v řádech měsíců až roků bez možnosti odpočinku, která může vyústit ve zhoršení zdravotního stavu pečovatele (Michalík, 2011, s. 99; Wija, 2012, s. 7) a také vést ke snížené kvalitě péčování (Hughes, 2008, s. 353) či dokonce k ukončení péče (Geissler et al., 2015, s. 102–103). Významnými faktory, které se mohou podílet na rozvoji negativních dopadů na zdraví pečovatele, jsou společné soužití pečovatele s příjemcem péče, nedostatečná rodinná podpora či minimální možnost střídavé péče (Wija, 2012, s. 7, Dohnalová, Hubíková, 2013, s. 32–35). Pokud je duševní a tělesná zátěž dlouhodobého charakteru, může nastat situace, která povede až k absolutnímu kolapsu pečovatele s nutnou hospitalizací (Geissler et al., 2015, s. 14). Pečovatelé jsou sami skrytými pacienty s vážnými důsledky pro psychické a fyzické zdraví vyplývajícími z náročnosti poskytované péče a snížené pozornosti vůči vlastnímu zdraví. Oslabené zdraví pečovatелů je zvláště spojeno s osobami, které jsou obecně vnímavější k zátěži. Zátěž pečovatele souvisí také se zvýšeným rizikovým chováním, např. kouřením a vyšší mírou užívání předepsaných léků. Osoby poskytující péči jsou rizikovější skupinou náchylnou k poruchám spánku, únavě, snížené imunitě, protražovanému hojení ran, hypertenzi, změnám lipidového profilu a zvýšenému riziku kardiovaskulárních onemocnění (Hughes, 2008, s. 341–343).

Rodinní pečovatelé se často cítí nepřipraveni na novou roli, mají nedostatečné znalosti a dostává se jim málo informací od poskytovatelů formální péče. Vzhledem k nedostatečným znalostem a dovednostem nemusí být rodinní pečovatelé znalí typu péče, kterou musí poskytnout příbuznému, a množství potřebné péče. Rodinní pečovatelé nemusí mít vědomosti o situacích, kdy vyhledat komunitní služby, o tom, jak nejlépe využít dostupné zdroje. Výsledkem tohoto jednání je zanedbávání potřeb pečovatele, které zapříčiní zhoršení vlastního zdraví a well-being. Pečovatelům se dostává nedostatečné pomoci od zdravotníků a dalších odborníků při řešení jejich úkolů a emocionálních požadavků na pečování. Propuštění pacienta do domácího ošetřování je stresující situací také pro celou rodinu. Plánování efektivního propuštění z nemocničního zařízení je ztěžováno komunikací mezi nemocnicí a komunitním rozhraním, např. prodlením v zaslání informací praktickému lékaři. Propuštění člena rodiny z nemocnice je rodinou vnímáno jako náhlá a rozrušující událost, která je způsobena nepřipraveností na tuto událost po odborné a emocionální stránce ze strany zdravotnického personálu (Hughes, 2008, s. 341–343).

### **Oblast fyzického a psychického zdraví**

Pečování může mít zásadní vliv na oblast fyzického zdraví osoby poskytující péči (Van Durme, Jeanmart, Gobert, 2012, s. 491). Mohou se objevit zdravotní problémy plynoucí z tělesného vyčerpání. Zejména intenzivní péče je po fyzické stránce velmi náročná (Kotrusová, Dobiášová, Hošťálková, 2013, s. 15). V případě onemocnění pečovatele nemajícího možnost navštívit lékaře či odpočinout si může zapříčinit celkové zhoršení zdraví. Evropská studie organizace COFACE zaměřující se na pečovatele a jejich zdraví související s vykonáváním pečovatelské role zjistila, že 43 % pečovatelů uvádělo problémy se zdravotním stavem. Zdravotní problémy nejsou záležitostí jen starší generace pečovatelů, ale bylo zjištěno, že problémy se rozšířily na mladší osoby poskytující péči, a to zvláště mezi 35 a 45 lety. Tělesná zátěž projevující se bolestmi zad (Glendinning et al., 2009, s. 55) byla zdůrazněna především pečovateli vykonávajícími osobní hygienu nebo mobilizaci příbuzného. Pečovatelé s konkrétním onemocněním nebo pečovatelé uvědomující si svůj zvyšující se věk sdělili, že se rapidně zhoršuje jejich zdravotní stav. Navíc fyzická zátěž je často spojena s duševní zátěží (COFACE, 2017, s. 37–44). Studie slovenských autorek Šerfelové a Hladekové (2010) potvrdila, že vyšší míra zátěže osob pečujících o chronicky nemocné byla ve věkovém rozmezí 61–75 let. Zjištění může souviset s čtenější přítomností onemocnění u pečujících osob pokročilejšího věku i s pravděpodobností vyšší tělesné zátěže než u mladších pečovatelů. Vyšší míra zátěže starších pečujících oproti mladším pečujícím osobám může souviset s vyššími

příležitosti vyhledání informací o možnostech podpory v pečování. U péče poskytované déle než 3 roky a také u životních partnerů byla zjištěna vyšší míra zátěže (Šerfelová, Hladeková, 2010, s. 90–91). Často diskutovaným tématem v oblasti dlouhodobé péče jsou zdravotní problémy starších pečovatelek (manželka, dcera, snacha). Tato skupina pečovatelek je vystavena především velké fyzické námaze, která je zapříčiněna opakovaným polohováním, zvedáním, přemisťováním opečovávané osoby. Analýza dopadů fyzické námahy nesporně poukazuje na nutnost léčby a rehabilitačních intervencí (Jeřábek, 2005, s. 14).

Zvláště náročná je péče o demenční blízkou osobu. Péče je dlouhodobého charakteru s vysokými nároky na pečování. Proto se v této souvislosti mluví o onemocnění dvou lidí, a to pečovatele a příjemce péče. Podle České alzheimerovské společnosti je u pečujících osob přítomna deprese, problémy se spánkem, závislost na nikotinu, nadměrné užívání alkoholu, psychosomatické stesky, únava chronického rázu, bolesti v zádech, dyspeptické problémy, stavy neklidu a nervozity, úzkostné stavy, onemocnění srdce a cév. Velká část projevů souvisí s dlouhodobou zvláště duševní zátěží (Jarolímová, Gramppová, Holmerová, 2014, s. 104–107). Z výzkumu autorek Ondriové a Fertaľové (2014) orientujícího se na zátěž rodinných pečovatelů starajících se o osoby s demencí vyplynulo, že častěji se zátěž vyskytuje u žen a v 53 % se jednalo o duševní zátěž. Vznik zátěže u pečovatele souvisí se základními a instrumentálními aktivitami každodenního života (Ondriová, Fertaľová, 2014, s. 42–43).

Přibližně o 20 % je riziko výskytu psychických problémů vyšší u neformálních pečovatelů oproti osobám neposkytujícím péči (Wija, 2012, s. 7). Projevuje se také celková únava se ztrátou perspektivy a životního optimismu (Michalík, 2011, s. 94). U pečovatelů starajících se o příbuzné s již zmíněnou demencí, ale také iktem a rakovinou, byly zjištěny pocity soužení (Kroutilová-Nováková, Jandzíková, 2012, s. 23) a celkově špatný zdravotní stav. Situace, kdy jsou pečovatelé odkázáni sami na sebe, napomáhá k příznakům stresu (Van Durme, Jeanmart, Gobert, 2012, s. 491; Kroutilová-Nováková, Jandzíková, 2012, s. 23) a vypětí pečovatele. Zvyšuje se úzkost a snižuje se duševní pohoda. Může docházet k rozvoji depresivních symptomů (Glendinning et al., 2009, s. 55; Kroutilová-Nováková, Jandzíková, 2012, s. 23), které mohou vést až k předčasnému úmrtí (Van Durme, Jeanmart, Gobert, 2012, s. 491). Zdravotní problémy vznikají z nedostatečného spánku a citového vyčerpání (Glendinning et al., 2009, s. 55). Bezmála polovina pečujících vnímá zhoršenou kvalitu zdraví od začátku pečování (Kroutilová-Nováková, Jandzíková, 2012, s. 23). Byla provedena studie autora Jeřábka (2009), který analyzoval rozhovory 435 rodinných pečovatelů poskytujících péči seniorům. Bylo zjištěno, že s rostoucí náročností péče se stupňuje zátěž na psychiku pečovatele. U seniorů vyžadujících jen podpůrnou péči se vysoké přetížení projevuje u 1 % pečovatelů.

U seniorů potřebujících významnou péči se vysoká zátěž objevuje u 3 % pečovateli. V poslední skupině, která je na péči nejnáročnější a kde je nutná nezbytná osobní péče, má psychickou zátěž 9 % pečovateli (Jeřábek, 2009, s. 260–263). Rozsáhlá evropská studie potvrzuje nárůst psychologického distresu a pečovateli vykazují vyšší výskyt mentálních zdravotních problémů v zemích OECD. Péče má vyšší vliv na problémy s duševním zdravím než u ostatních sociodemograficky proměnných faktorů, vyjma indikátorů souvisejících se zdravotním stavem, jako je přítomnost chronického onemocnění. Dopady péče jsou mnohem škodlivější u žen. U pečovateli poskytujících intenzivní péči se kumulují negativní dopady péče, jelikož jsou převážně pokročilejšího věku a nižšího vzdělání s vyšší mírou chudoby (Colombo et al., 2011, s. 97–102). Pečovatelé vnímají mentální nebo emocionální stres zvláště z důvodu odpovědnosti a nutnosti zkombinovat mnoho činností najednou. Pečovatelé byly uváděny obavy a pocity nejistoty ze situace, kdy nebudou schopni poskytovat péči, a obavy ze zhoršujícího se zdravotního stavu opečovávané osoby. Tento stav může naznačovat, že se může jednat o syndrom vyhoření nebo depresivní stavy. Vyčerpání pečovateli se v častých případech vyskytuje kvůli vysoké míře odpovědnosti. Intenzivní únava je vnímána především u zaměstnaných pečovateli (COFACE, 2017, s. 37–46). Zvláště starší pečovatelky poskytující dlouhodobou péči jsou ohroženy narušením duševního zdraví, jež je způsobeno trvajícím chronickým stresem (Jeřábek, 2005, s. 14–15).

Rodinní příslušníci mohou zažívat pocity viny, výčitky a psychická traumata z důvodu nezvládnutí péče. Psychická únava z chronického pečování blízké osoby je téměř shodná s psychickým stresem vyvolaným pocity nezvládnutí péče, jež jsou zapříčiněny svěřením blízkého do institucionální formy péče (Jeřábek, 2005, s. 14–15).

### **Finanční a kariérní oblast**

Pečování zasahuje i do finanční oblasti pečovatele (Geissler et al., 2015, s. 102), který většinou musí omezit nebo zanechat zaměstnání. V některých případech jsou pečovateli nuceni vzít méně lukrativní pracovní pozici. S prodlužující se délkou péče se snižuje možnost opětovného prosazení se na trhu práce. Důsledkem tohoto stavu je poté snížení důchodového výměru (Glendinning et al., 2009, s. 58). Ztráta zaměstnání s sebou přináší mnoho rizik, jako je chudoba, snížení profesních příležitostí, ztráta jiných významových složek zaměstnání, např. seberealizování se, sociální výhody apod. Často se mluví o tzv. feminizaci chudoby, jelikož pečovateli jsou především ženy (Cullen, Delaney, Duff, 2004, s. 37). Podle výzkumu autora Jeřábka (2009) v oblasti finanční zátěže je prokazatelné, že u skupiny vyžadující podpůrnou pomoc by 7 % pečovateli uvítalo občasnou finanční pomoc. Ve druhé skupině seniorů

vyžadujících vyšší péči 1 % pečovateli situaci finančně nezvládá a 11 % potřebuje finančně podpořit. V poslední skupině pečovateli poskytujících osobní péči 8 % pečovateli situaci obtížně zvládá a je nutná finanční pomoc a 16 % hlavních pečujících osob by uvítalo občasnou výpomoc s financemi (Jeřábek, 2009, s. 260–263). Nezaměstnaní pečovatelé budou pravděpodobně spadat do skupiny s nejnižším příjmem. Stejně tak nezaměstnaní pečovatelé se cítí více osamoceni a jsou více vnímaví k sociálnímu vyloučení než zaměstnaní pečovatelé. Životní spokojenost je u nezaměstnaných pečovateli vnímána na nižší úrovni. Pečovatelé bez pracovního poměru poskytují pravděpodobně vysokou intenzivní zátěž, což je dalším předpokladem vedoucím ke vzniku problémů (Zigante, 2018, s. 31–33). Z výsledků studie organizace COFACE vyplynulo, že u nezaměstnaných pečovateli se s vyšší pravděpodobností rozvinou zdravotní problémy než u zaměstnaných pečovateli. Tato skutečnost může plynout z nedostatku finančních zdrojů nebo času pro péči o zdraví pečující osoby, která v budoucnu vede k nahromadění zdravotních problémů (COFACE, 2017, s. 38). Podle evropské studie bylo zjištěno vysoké číslo pečujících trpících chudobou, což souvisí se skutečností, že ekonomicky neaktivních pečovateli je mezi 30 % a 49 % v každé zemi. Zaměstnání ovlivňuje finanční situaci pečovatele, jelikož nadpoloviční většina nezaměstnaných čelí chudobě. Intenzita poskytované péče má také vliv na negativní finanční situaci. U pečovateli poskytujících péči 40 hodin a více za týden vzrůstá míra chudoby. Zkombinovat pečování s osobním a profesionálním životem je pro velkou část pečovateli v Evropě velmi náročné. Pečovatelé, kteří zároveň chodili do zaměstnání, uváděli značný stres, jelikož byli vystaveni dvojité zátěži. Mnoho pečujících muselo opustit zaměstnání, protože nebyli schopni zkombinovat pečovatelskou a výdělečnou činnost nebo nenalezli práci, která by se dala zkoordinovat s pečováním o příbuzného. Osoby poskytující péči sdělovaly nedostatečné porozumění v zaměstnání a omezenou flexibilitu ze strany zaměstnavatele. Někteří si nemohli dovolit základní suroviny nutné pro život a u jiných pečovateli finanční potíže vyplývaly z výdajů pro opečovávaného, např. na nákup kompenzačních pomůcek, úpravy bydlení, léčbu, léky (COFACE, 2017, s. 38–43). Mnoho pečovateli má zkušenosti s finanční tísni (Dohnalová, Hubíková, 2013, s. 33–34). Finanční situace je vážnou překážkou mající vliv na vysokou míru přetížení pečovateli, zvláště těch, kteří vykonávají celodenní péči (Kotrusová, Dobiášová, 2012, s. 7).

### **Oblast osobního života**

Dle evropské studie COFACE vysoký počet respondentů všech zemí uvedl jako hlavní problém nedostatek času. Důvodem je, že vynaložená péče je časově náročná, a proto není

prostor na jiné činnosti. Toto zjištění dokládá i studie autorek Dohnalové a Hubíkové (2013). Často pečovatelé poskytují trvalou pomoc nebo dohled i v noci. Proto mnoho pečujících uvádělo vyčerpání s nedostatkem spánku a v některých případech pečovatelé zažívali pocity viny plynoucí z pocitu zanedbávání ostatních členů rodiny (COFACE, 2017, s. 40).

Další riziko spojené s pečovatelskou rolí představuje sociální izolace pečující osoby (Kotrusová, Dobiášová, Hošťálková, 2013, s. 13; Van Durme, Jeanmart, Gobert, 2012, s. 491; Dohnalová, Hubíková, 2013, s. 32–35; Jeřábek, 2005, s. 14–15) nebo celé rodiny z důvodu nemožnosti účastnit se společenských akcí (Geissler et al., 2015, s. 102–103) a neochoty okolí začlenit takovou rodinu např. kvůli různým předsudkům. To je negativně vnímáno u rodin, kteří se starají o dementního, duševně hendikepovaného či psychicky nemocného. Takové situace mohou vést k izolaci pečující osoby či neuspokojení ve společenském životě (Cullen, Delaney, Duff, 2004, s. 41–42). Právě sociální izolace a nedostatečná pomoc mohou způsobit nadměrnou zátěž, kdy výsledkem je distres nebo problémy s duševním zdravím (Colombo et al., 2011, s. 97–102). Občas jsou pečovatelé, zvláště starší pečovatelky, přehlíženi i svou rodinou (Jeřábek, 2005, s. 14–15). Významným faktorem je také omezení volnočasových aktivit (Geissler et al., 2015, s. 102). Péče má vliv na citovou stránku pečovatele, která se odráží ve společenské sféře (socio-emocionální důsledky). Ty vedou k narušení přátelských vztahů, které vyplývají z nepochopení situací a nevyřádkání se se zdravotním stavem opečovávané osoby, zvláště s kognitivním postižením (Milligan, 2009, s. 119). Pečovatelská role může narušit rodinné vazby (Van Durme, Jeanmart, Gobert, 2012, s. 491) jak mezi partnery či manželi, tak s dalšími rodinnými příslušníky. Rozpory mohou nastat i mezi příjemcem péče a pečovatelem z důvodu nepřetržitého kontaktu nebo mohou plynout z charakteru onemocnění opečovávané osoby. Objevují se pocity nejistoty související s vývojem zdravotního stavu příjemce péče nebo pečovatele, otázky týkající se zajištění péče po úmrtí pečovatele, otázky finančního zabezpečení atd. (Kotrusová, Dobiášová, Hošťálková, 2013, s. 13–15). Výsledky evropské studie dokládají, že pečovatelé uvádějí i potíže s organizací domácnosti a rodinnými aktivitami. Pečovatelé se často setkávali s nízkým sociálním uznáním kvůli své roli pečovatele, a to ze strany lékařů, úřadů a celé společnosti (COFACE, 2017, s. 41, 45).

Podle projektu „Podpora neformálních pečovatelů“, který se ve svém výzkumu dotazoval na překážky při rozhodování se, zda o umírajícího / nevléčitelně nemocného příbuzného pečovat doma, bylo zjištěno, že obavy s pečováním jsou převážně subjektivní povahy spíše než objektivní. Zvláště ženy se více bojí vlastního selhání (37 %) nebo velké zátěže pro rodinu (31 %) (Geissler et al., 2015, s. 30).

Vyhledané studie se shodují v tom, že pečování vede ke snížené kvalitě zdraví rodinných pečovatelů. Pečování se odráží na psychické, fyzické, osobní, rodinné, společenské a materiální stránce života pečovatele. Pečovatelé nejsou pro novou roli dostatečně odborně a vědomostně připraveni. Sami pečovatelé jsou skrytými pacienty. Fyzická zátěž se nejčastěji manifestuje bolestmi zad, které jsou zapříčiněny manipulací s opečovávanou osobou a často jsou spojeny s duševní zátěží. V psychické oblasti se zátěž často projevuje úzkostmi, depresivními stavy, sociální izolací. Příprava pečovatelů na novou roli by měla probíhat již v nemocničním zařízení, kdy významnou úlohu zde zastává celý multidisciplinární tým. Významné postavení zde mají všeobecné sestry, které jsou s pacientem v intenzivním kontaktu a mohou výrazně ulehčit adaptaci příbuzného na novou roli pečovatele.

Problémy pečovatelů vyplývající z jejich role lze sumarizovat do šesti hlavních témat, jež jsou uvedena v tabulce 1.

**Tab. 1 Hlavní problémy rodinných pečovatelů**

<b>Dopad na profesní a osobní život</b>	<b>Přístup služeb</b>	<b>Finanční omezení</b>	<b>Zdravotní problémy</b>	<b>Administrativní problémy</b>	<b>Sociální uznání</b>
nedostatek času	nedostatečná pomoc	finanční problémy	duševní nebo emocionální zátěž	nedostatek informací	nízké sociální uznání
obtížná koordinace péče s profesním a osobním životem	nedostatek dočasných a flexibilních služeb	nedostatečná finanční pomoc	vyčerpání	byrokracie	
sociální izolace a samota	nedostatek cenově dostupných a kvalitních služeb		fyzická zátěž		

Zdroj: COFACE, 2017, s. 59

## **2 ZÁTĚŽ PEČOVATELE V KONTEXTU STANDARDIZOVANÉ OŠETŘOVATELSKÉ TERMINOLOGIE NANDA-I**

Ošetřovatelství může značně přispět k porozumění problematice zátěže rodinných pečovatelů a k vývoji adekvátních intervencí pro pečující rodiny. Především povaha pečovatelské role je ústředním faktorem přispívajícím k porozumění zátěži. Pečovatelská role byla tradičně pojímána na základě toho, zda osoba byla, nebo nebyla v postavení pečovatele. Posléze byl pro konceptualizaci a měření zátěže použit podrobnější přístup (Burns et al., 1993, s. 71). Někteří autoři považovali zátěž pečovatele za hlavní téma na cestě k pochopení situace pečující rodiny a její význam pro ošetřovatelské intervence (Archbold, Stewart, 1986; Archbold et al., 1990, s. neuvedena). Pečovatelská zátěž byla měřena v deseti kategoriích. Ty zahrnovaly zátěž v přímé péči, nedostatek zdrojů, obavy, konflikt rolí, ekonomickou zátěž, neodpovídající očekávání od pečovatelské role, zvýšené napětí a pocity manipulace, komunikační problémy a management péče. Je zřejmé, že důležité je komplexní zhodnocení pečovatelské zátěže (Archbold a Stewart, 1986, s. neuvedena). Pečování z pohledu zátěže, stresu, napětí bylo široce studováno. Často je spojeno s nedostatkem znalostí v pečovatelských činnostech, množstvím vynaložené péče a nedostatkem zdrojů pro poskytování péče. To se také vztahuje k požadavkům kladeným na pečovatele, které mohou vytvářet konflikt rolí a přetížení vedoucí k ohrožení zdraví pečovatele. Funkce rodiny a schopnost zadaptovat se na stres má vliv na koncept péče jako zátěže. Diagnóza a prognóza jako výsledek pečovatelských aktivit také přispívá ke konceptu zátěže. Péče poskytovaná blízké osobě kvůli problémům v oblasti psychického zdraví zhoršuje pečovatelův stres. Časové nároky na požadovanou péči, povaha pečovatelských úkolů, vztahy mezi pečovatelem a příjemcem péče, trávení odpočinku jsou dalšími faktory zvyšujícími zátěž (Burns et al., 1993, s. 72).

Rodinní pečovatelé mohou zažívat pocity strachu, nejistoty, úzkostných stavů, jelikož mnoho činností souvisí právě s pečováním, nedostatkem odborné přípravy a množstvím času vynaloženého na péči (Sherwood, et al., 2005). Pečovatelé jsou více ohroženi nemocemi než nepečující osoby. Vykonávání role pečovatele přináší řadu situací, které směřují k ošetřovatelskému problému popisovanému jako zátěž pečovatele. Včasné rozpoznání této diagnózy je pro sestry zásadní, jelikož přítomnost problému má vliv na pohodu pečovatele, rodinnou dynamiku a kvalitu péče poskytované členovi rodiny (Rueda Diaz, De Almeida Lopes Monteiro Da Cruz, De Cassia Gengo E Silva, 2016, s. 282). Proto je hodnocení zdravotního



stavu rodinných pečovatelů významnou oblastí ošetřovatelství. Sestry tráví mnoho času s pacienty a rodinami, tudíž by měly zvládat posouzení zátěže pečovatele a nabídnout vhodné intervence (Honea et al., 2008, s. 507).

Použití přesných klinických indikátorů je proto základním nástrojem pro detekování změn pečující osoby. Klinické indikátory ošetřovatelského problému lze definovat na základě taxonomií, které představují ošetřovatelský fenomén. V konkrétních praktických situacích může sestrám pomoci popsat ošetřovatelské diagnózy podle taxonomie NANDA International. Taxonomie NANDA-I se skládá z domén, tříd a ošetřovatelských diagnóz. Domény jsou nejabstraktnější. Třídy jsou sdruženy do pojmů, názvů diagnóz s jejich popisem. Ošetřovatelská diagnóza má přesnou definici, která odráží problém, silnou stránku či riziko u jedince, rodiny, skupiny nebo celé komunity (Herdman et al., 2015, s. 19–23). Také ošetřovatelská diagnóza poskytuje základ pro výběr ošetřovatelských intervencí k dosažení výsledků, za které má sestra odpovědnost (Carpenito, 2013, s. 8). Sestry by měly znát definice základních diagnóz, se kterými se v praxi nejčastěji setkávají, a také by se měly orientovat v diagnostických indikátorech. Určené diagnostické indikátory jsou pozorovatelné a měřitelné znaky, které odliší osoby mající a nemající ošetřovatelskou diagnózu. Diagnostické indikátory jsou určující znaky a související faktory nebo rizikové faktory, které slouží ke stanovení ošetřovatelské diagnózy. Metodou posouzení se identifikují určující znaky (definující charakteristiky), které předpoví a zajistí přesnost stanovené diagnózy (Herdman et al., 2015, s. 23). Určující znaky jsou objektivní známky nebo symptomy diagnózy, které jsou rozděleny a označeny jako významné (hlavní) a méně významné (vedlejší), ale v praxi se toto rozdělení nevyužívá. Vedlejší definující charakteristiky zajišťují podpůrné důkazy o existenci diagnózy, ale nemusí být přítomny (Carpenito, 2013, s. 8–11). Související faktory znázorňují příčiny nebo přispívající faktory diagnózy, jež se často nalézají v anamnéze klienta (Herdman et al., 2015, s. 23) či ovlivnily změnu ve zdravotním stavu (Carpenito, 2013, s. 11). Rizikové faktory jsou determinanty, které vedou ke zhoršenému zdraví (Herdman et al., 2015, s. 23).

Sestry jsou schopny vykonáváním každodenní péče vhodně připravit pečovatele na aktivity spojené s péčí v domácím prostředí, které jsou od nich vyžadovány. Ošetřovatelské intervence směřují k vytvoření předvídatelné rutiny pečovatelské péče, dodání estetického rozměru a významu v každodenních činnostech. To může být užitečné při prevenci nebo snížení negativních důsledků pro pečovatele, příjemce péče a celou rodinu. Průběžné hodnocení a intervence musí odrážet měnící se potřeby péče a její zátěž na rodinu a pečovatele v průběhu času za účelem snížení nebo zmírnění negativních dopadů péče (Burns et al., 1993, s. 74).

Ošetrovatelská diagnóza *Zátěž v roli pečovatele* (00061) byla do taxonomie NANDA-I zařazena v roce 1992 jako klinický problém vyžadující ošetrovatelskou intervenci. Diagnózu lze měřit a předvídat, proto sestry mohou hrát významnou roli v prevenci vzniku zátěže u rodinných pečovatelů. Ve stejném roce byla zařazena i riziková ošetrovatelská diagnóza *Riziko zátěže v roli pečovatele* (00062) (Herdman et al., 2014; Monteiro da Cruz et al., 2004, s. 8). Ošetrovatelské diagnózy jsou řazeny v 7. doméně *Vztahy mezi rolemi*, ve třídě 1 *Role pečovatelů* (Herdman et al., 2014, s. 277). V roce 1992 byla diagnóza charakterizována: „... pečovatel cítí obtíže při vykonávání role rodinného pečovatele“ (NANDA, 1994, s. 44). V roce 1998 byla definice diagnózy mírně změněna: „... pečovatel cítí nebo vykazuje obtíže při vykonávání role rodinného pečovatele“ (NANDA, 1999, s. 59). V dalších letech byla definice upravena na „obtíže ve vykonávání role rodinného pečovatele“ (NANDA, 2003, s. 28). V současnosti je diagnóza vymezena: „... potíže při vykonávání role pečovatele členem rodiny nebo důležitou blízkou osobou“ (Herdman et al., 2014, s. 279). Pro srozumitelnost byla přidána definice autorky Carpenito (2013): „... jedná se o stav, ve kterém osoba prožívá fyzickou, emocionální, sociální a/nebo finanční zátěž v procesu pečování.“ Aktuální ošetrovatelská diagnóza reprezentuje zátěž související s poskytovanou péčí odrážející se na fyzickém a emocionálním zdraví pečovatele. Ošetrovatelská diagnóza zátěže má dopady také na rodinu a sociální systém pečovatele a příjemce péče (Carpenito, 2013, s. 120–121). 36 definujících charakteristik této ošetrovatelské diagnózy je rozděleno do čtyřech kategorií: pečovatelské aktivity, zdravotní stav pečovatele, vztah pečovatele s příjemcem péče a procesy v rodině. Kategorie popisující zdravotní stav pečovatele se dále člení na stav somatický, emoční a socioekonomický. Tyto určující znaky jsou nutné ke stanovení diagnózy a jsou to projevy dané diagnózy. Související faktory ošetrovatelské diagnózy disponují 53 položkami, které jsou řazeny do podobných 7 úseků – zdravotní stav příjemce péče, zdravotní stav pečovatele, vztah pečovatele s příjemcem péče, pečovatelské aktivity, procesy v rodině, zdroje a socioekonomické faktory. Aktuální ošetrovatelská diagnóza spolu s rizikovou diagnózou jsou nejčastěji určovány sestrami pracujícími v komunitních službách (Herdman et al., 2014, s. 279).

Riziková ošetrovatelská diagnóza vzniká v situaci, kdy rodinný pečovatel nebo jiná důležitá blízká osoba je vnímavá vůči vzniku obtíží při vykonávání role pečovatele, které může vést k oslabenému zdraví (NANDA, 2003, s. 31). Definice rizikové diagnózy nebyla změněna od roku 1992, kdy byla poprvé definována. Diagnóza *Riziko zátěže v roli pečovatele* je složena z 36 rizikových faktorů (Herdman et al., 2015, s. 282). Může být velmi významnou ošetrovatelskou diagnózou, protože sestry mohou identifikovat osoby s vysokým rizikem zátěže a vhodnými intervencemi mohou pomoci předejít této vážné situaci. Jiné ošetrovatelské

diagnózy z klasifikačního systému NANDA-I lze aplikovat na oblast zátěže u rodinných pečovatelů, např. ošetrovatelská diagnóza Chronický smutek je spojována s pečovateli poskytujícími péči psychicky nemocným osobám a dětem s chronickým onemocněním (Carpenito, 2013, s. 121).

Zátěž pečovatele je ošetrovatelská diagnóza, která má význam pro formální a neformální péči, i když diagnóza není jasně vysvětlena v NANDA klasifikaci nebo ICNP (ICN, 1999). Toto zjištění je v souladu se skutečností, že většina definic pečovatelské zátěže není v literatuře teoreticky ukotvena nebo dostatečně specifická, aby sloužila jako základ pro klinické rozhodování (Vitaliano, Young, Russo, 1991, s. 67). Částečným problémem je, že terminologie použitá pro definici zátěže může být zaměněna s podobnými pojmy, což může být problematické pro stanovení efektivních intervencí. Nicméně terminologie v klasifikaci NANDA nebo ICNP může být využita k vývoji a revizi teoreticky zakotvené diagnózy pro zátěž pečovatele (England, 2000, s. 166).

Autorka England (2000) doporučuje vytvořit ošetrovatelskou diagnózu zaměřující se na zátěž pečovatele u dospělých dětí poskytujících péči o rodiče. Navržená ošetrovatelská diagnóza by souvisela s celkovým vyčerpáním vznikajícím z rodičovské péče. Diagnóza se vztahuje k sensoricko-percepční reakci, a proto je doporučeno ji zahrnout do druhé třídy – pocity/vnímání, která je v doméně vnímání/poznávání dle taxonomie NANDA-I. Termín „filial“, tedy synovská/dceřiná zátěž pečovatele, je podtitul diagnostického označení, které může být použito u dospělých dětí poskytujících péči rodičům. Diagnostické označení pečovatelské zátěže může zahrnovat dvě složky zátěže ve smyslu nadměrného nebo narušeného. Zátěž pečovatele ve smyslu nadměrného se vztahuje k intenzivní nebo extrémní sensoricko-percepční reakci na okolnosti vyplývající z péče. Pečovatelská zátěž ve smyslu narušeného je označení reakce, která je popisována jako bizarní, rozrušená nebo jinak kulturně neobvyklá sensoricko-percepční reakce na okolnosti vztahující se k příjemci péče. Navržená diagnóza má formulovány tři definující charakteristiky vedoucí k identifikování ošetrovatelského problému: vyčerpání, emoční neklid a úzkost (England, 2000, s. 167).

Srovnání definice ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele dle NANDA-I s aktuálními definicemi pečovatelské zátěže v dostupných zdrojích odhaluje několik problémů, pokud jde o přesný význam, a proto jsou v literatuře občas zaměňovány (Vitaliano et al., 1991, s. 67). Definice ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele je stav, kdy u sebe pečovatel vnímá nebo se u něho projevují potíže při vykonávání role pečovatele (Nursing Diagnosis Evaluation Committee, 1998). Uvedená ošetrovatelská diagnóza ukazuje, že skupina definujících charakteristik se vztahuje k obavám, starostem s péčí, zvládnutí pečovatelských

úkolů, změnám pečovatelských aktivit a zdraví pečovatele. Většina charakteristik nedefinuje představu vztahových rolí a některé se netýkají role pečovatele, ale zabývají se faktory vztahujícími se k riziku, předcházejícími událostmi (např. obavy) nebo důsledky problémů při výkonu role pečovatele (např. změna zdravotního stavu). Jednou z úvah je, že definice by mohla být revidována nebo přejmenována tak, aby odrážela přesné významy, které se jasně týkají vyjádřených a pozorovaných obtíží s výkonem nebo problémů s ním souvisejících (England, 2000, s. 171).

Autorka Burns et al. (1993) uvádí, že ošetrovatelská diagnóza by měla být zařazena ve třídě související s rodinnými procesy, protože pečovatelská role je konceptualizována jako rodinná záležitost a poskytovaná péče je obecně považována za úkol rodiny. Některé charakteristiky z této diagnózy jsou popsány pod ošetrovatelskou diagnózou Změněné procesy v rodině, např. definující charakteristikou prezentující se znakem „rodinný systém nesplňuje fyzické/emocionální/spirituální potřeby svých členů“. Diagnóza popisující změněné rodinné procesy je ale mnohem širšího rozsahu než diagnóza vymezující zátěž pečovatele. Diagnóza Změněné rodinné procesy se tudíž může týkat problémů souvisejících s rozvodem, izolací rodiny nebo vztahovými problémy mezi jejími členy. Ve srovnání s ošetrovatelskou diagnózou charakterizující zátěž pečovatele je problém specifický pro situaci, kdy pečovatel není schopen plnit svou roli z důvodu zdravotních problémů. Formulované definující charakteristiky diagnózy zátěže by měly sestru vést k identifikování problému zátěže. Diagnózu zátěže nelze připodobnit k ošetrovatelské diagnóze Neefektivní zvládnání zátěže rodinou, jelikož se nevztahuje k pečování, ale převážně k reakcím rodiny na zdravotní problémy. Definující charakteristiky ošetrovatelských diagnóz zaměřujících se na zvládnání zátěže rodinou (Oslabené zvládnání zátěže v rodině a Neschopnost zvládat zátěž v rodině) také neodpovídají vymezené zátěži pečovatele (Burns et al., 1993, s. 74).

Zátěž v roli pečovatele je významná diagnóza a je to fenomén, který byl dobře popsán a studován z mnoha pohledů. Sestry diagnózu mohou měřit, rozpoznat a předvídat. Lze stanovit konkrétní intervence, které eliminují dopady zátěže nebo snižují pravděpodobnost jejího nástupu. Jedná se o diagnózu, která má hranice a lze ji odlišit od jiných rodinných problémů vztahujících se ke zdraví a nemoci rodinných příslušníků. Je také významným celospolečenským problémem, který je třeba řešit sestrami pracujícími v mnoha odvětvích a rolích (Burns et al., 1993, s. 74).

## 2.1 Hodnocení zátěže pečovatele

Zátěž pečovatele je termín používaný k popisu toho, co nastane, když je ohroženo emoční a fyzické zdraví pečovatelů nebo nároky péče převažují nad dostupnými zdroji. V případě neřešení situace mohou vést ke zhoršeným zdravotním výsledkům pečující osoby (Honea et al., 2008, s. 507). Příjemci péče především z řad seniorů a zdravotně handicapovaných dospělých, kteří se výhradně spoléhají na pomoc od vlastní rodiny či přátel, jsou proto závislí na zdraví a well-being osoby poskytující péči. Hodnotící proces pečovatele jako základní součást péče o osoby s chronickými nebo jinak znevýhodněnými stavy je proto zásadní pro efektivní výsledky a kvalitu poskytované péče (Family Caregiver Alliance, 2006a, s. 25). Pečlivé posouzení dopadů péče na zdraví neformálních pečovatelů umožňuje profesionálním pečovatelům, aby jim pomohli překonat možné důsledky péče a dokázali měřit účinnost intervencí. Od 80. let 20. století vzrůstá zájem o dokumentování zkušeností s poskytováním péče, jak ukazuje řada nástrojů k měření proměnných faktorů pečovatele. Psychologický, emocionální a fyzický stres vztahující se k pečování byl široce prozkoumán stejně jako potřeby pečovatelů související s vykonáváním této role. Hodnotící nástroje převážně měří zátěž, potřeby a kvalitu života pečovatele (Van Durme, Jeanmart, Gobert, 2012, s. 490–491).

Sestry jsou v jedinečné pozici, aby zhodnotily negativa pečování a poskytly vhodné intervence (Honea et al., 2008, s. 507). Pečovatelé si v mnoha případech nepřipouští potřebu pomoci, a to může způsobit mylné posouzení pečující osoby. Vzhledem k rozmanitosti příznaků ošetřovatelské diagnózy může snadno dojít k nesprávnému posouzení a stanovení diagnózy, např. k záměně za ošetřovatelskou diagnózu Beznaděj, Bezmocnost, Sociální izolaci apod. Zásadním krokem je proto důsledné posouzení pečující osoby (Tabaková, 2009, s. 121).

Posouzení pečovatele je systematický proces sběru informací, který popisuje pečovatelskou situaci a identifikuje konkrétní problémy, potřeby, zdroje a sílu rodinného pečovatele. Zaměřuje se na otázky z hlediska kultury, perspektivy pečovatele a druhu pomoci, kterou pečovatel potřebuje. Posouzení se také týká výsledků, které chce rodinný příslušník podpořit, či úsilí pečovatele v oblasti zdraví a well-being pečovatele (Family Caregiver Alliance's, 2006a, s. 5). Posuzovací proces pečující osoby je základním komponentem práce zvláště se staršími lidmi s kognitivními problémy. Význam posouzení pečovatelů je patrný z empirických výsledků. Strukturované hodnocení pečovatelů může přispět do klinického prostředí několika způsoby. Systematické posouzení umožní jasně a přesně identifikovat, jaké

problémy pečovateli v dané situaci má. Posouzení může objasnit pečovatelskou roli a zdroje pro péči stejně jako stav zátěže. Také je vhodné k detekování akutních osobních potřeb, které by měl pečovatel řešit. Posouzení může doložit potřebu i účinnost intervence při řešení problémů pečovateli. Změny ve zdraví opečovávaného a pečovatele mohou vyžadovat úpravu přístupu k léčbě nebo zajištění více podpůrných služeb. Průběžné hodnocení pečovatele vytváří příležitost k posouzení plánované léčby a její efektivity, ale také zjistí, zda bylo dosaženo stanovených cílů, případně rozpozná nenaplněné potřeby pečující osoby (Family Caregiver Alliance, 2006b, s. 14–16).

Sestry potřebují efektivní způsoby, jak rozpoznat a formulovat širokou škálu signálů pro stanovení ošetřovatelské diagnózy. Zdravotníci vyžadují terminologii a prostředky, které jsou schopny odrážet univerzálnost nebo specifickou péči v případě zátěže pečovatele (England, 2000, s. 170). K úspěšnému posouzení potřeb pečovateli je nutná identifikace rodinného pečovatele, který nejvíce odpovídá hodnoticímu procesu. V další fázi je zásadní vybrat vhodný hodnoticí nástroj a představení daného nástroje pečovateli. Seznámení pečovatele s vybraným hodnoticím nástrojem je příležitost k vedení diskuze o perspektivách péče a potřebách pečujícího (Levine, 2011, s. 48). Každý nástroj je považován za užitečný k zahájení konverzace, která je cílena na oblast zátěže pečovatele (Brandon, 2013, s. 24). Důvěru pečovateli lze získat využitím dobrých komunikačních dovedností a navázáním koordinované spolupráce s dalšími službami, případně poskytnout jiná účelná doporučení (Levine, 2011, s. 48). Méně obsáhlé hodnoticí nástroje jsou obecně jednodušší a z časového hlediska nenáročné na vyplnění. Posouzení potřeb a schopností pečovatele sestrou je významné z hlediska výběru vhodného hodnoticího nástroje. Sestry mohou předpokládat, že nižší skóre posuzovacího nástroje koreluje s vyšším rizikem pečovatelské zátěže. Nicméně ne všichni pečovateli budou stejně vnímat zátěž. V průběhu let bylo vytvořeno mnoho hodnoticích nástrojů zaměřujících se na hodnocení zátěže pečovateli poskytujících péči osobám s Alzheimerovou chorobou, nádorovým onemocněním, plicním onemocněním a dalšími chronickými stavy. Velkou část hodnoticích nástrojů lze přizpůsobit jiným onemocněním či stavům z důvodu podobnosti potřeb mezi pečovatelem a opečovávanou osobou (Brandon, 2013, s. 23–25).

Objektivní posouzení zátěže pečovatele hodnotí počet hodin poskytované péče nebo množství a náročnost úkolů, které pečovatel vykonává v zájmu příbuzného. Výhodou objektivního hodnocení je nižší míra ovlivnitelnosti ke zkresleným odpovědím vyplývajícím z pocitu distresu. Objektivní hodnocení jsou převážně méně rozsáhlého charakteru, jsou stručnější a poskytují způsob k identifikování konkrétní intervence. Pro pečovatele může být

snadnější používat objektivní měření než hodnotit vlastní emoční reakce na poskytovanou péči. Primární nevýhodou tohoto posouzení pečovatelské zátěže je, že dopad péče není posuzován v kontextu života pečovatelů. Takové posouzení poskytuje zhodnocení pouze jedné složky zátěže, která nemusí přesně reprezentovat složitost pečovatelova distresu. Také může přehlédnout oblasti, které nejvíce zapříčiňují distres pečovatele a nemusí přesně identifikovat pečovatele ohrožené negativními důsledky péče (Honea et al., 2008, s. 508–509).

Subjektivní hodnocení pečovatelské zátěže měří stupeň emočního distresu. Posouzení subjektivního charakteru zátěže může být považováno za více reprezentativní vzhledem k hodnocení emočních reakcí pečovatele, zejména ve vztahu k vývoji depresivních příznaků. Existují limity k použití jen subjektivního měření pečovatelské zátěže. Na položky týkající se subjektivního měření může být pro pečovatele náročnější odpovědět. Nástroje obvykle obsahují více položek, které mohou omezit jejich použitelnost v praxi. Pro zlepšení klinické aplikovatelnosti může být užitečné použít krátký screeningový nástroj nebo vybrat prvky jiného rozsáhlejšího nástroje. Bylo vyvinuto několik nástrojů, které posuzují jak objektivní, tak subjektivní zátěž. Hodnocení zátěže pečovatele označuje problém nebo úkol, v němž je potřebné poskytnout pomoc. V další fázi je pečovatel požádán o zhodnocení množství distresu nebo míry potíží, které jsou spojeny s tímto problémem nebo úkolem. Hlavní výhodou používání nástrojů je posuzování více aspektů zátěže, což stanovuje míru významnosti. Objektivní a subjektivní úroveň zátěže se často mění v průběhu času v závislosti na změnách požadavků na péči. Nevýhodou těchto nástrojů je, že mohou být pracné a obtížně dokončitelné v rušném klinickém prostředí. Měření pečovatelské zátěže v klinickém a výzkumném prostředí by mělo být ideálně prováděno s multidimenzionálně platným, spolehlivým a klinicky relevantním nástrojem. Měřicí nástroje prověřující pečovatelskou zátěž musí být řádně posouzeny a vybrány. Také musí prokázat citlivost k objektivní a subjektivní zátěži pečovatele (Honea et al., 2008, s. 508–509).

Severoamerické sestry se zpravidla spoléhají na hodnoticí nástroje k identifikování pečovatelské zátěže ze záznamů pečovatelů. Příkladem je „The Caregiver Strain Questionnaire“. Jedná se o 54položkový dotazník se stupnicí Likertova typu k posouzení zátěže pečovatele. Každá položka je specifická, může odhalit přítomnost vyčerpání, citového vzrušení nebo úzkost pečovatele. K jednotlivým otázkám je přiřazena stupnice bodů, která odráží intenzitu zjišťované oblasti (England, 2000, s. 170).

Nejvyužívanějším nástrojem pro hodnocení zátěže neformálních pečovatelů je Zarit Burden Interview. Revidovaná 22položková škála posuzuje vztah s příjemcem péče, sociální, fyzickou, finanční a emocionální oblast zátěže. Pečovatelé hodnotí odpověď na stupnici

1 (nikdy) až 5 (téměř vždy). Na základě celkového skóre se stanoví míra zátěže od minimální po závažnou zátěž. Škála byla původně vytvořena k identifikování zátěže pečovatelů poskytujících péči blízké osobě členu rodiny s Alzheimerovou chorobou, ale mnohokrát byla aplikována na jiné stavy a onemocnění. Koeficient Cronbachova alfa byl v rozmezí 0,69–0,89 při testování na další chorobné stavy, což vykazuje poměrně vysokou úroveň spolehlivosti. Škála byla široce validizována a je snadno použitelná (Zarit, Reever, Bach-Peterson, 1980; Mapi Research Trust, 2011). 12položková verze škály byla validizována u seniorů s demencí na velké populaci (Bedard et al., 2000). Detailní popis tohoto nástroje se nachází v kapitole 4.3 Popis měřicího nástroje a 4.6 Metody statistického zpracování.

Dotazník zaměřující se na sebehodnocení pečovatele je znám jako Caregiver Self-assessment Questionnaire: How are you?, který je vypracován American Medical Association. Na vyplnění dotazníku by se měli podílet pečovatelé i poskytovatelé zdravotní péče. Cronbachovo alfa se ukázalo jako spolehlivé (0,7). Dotazník je tvořen 16 otázkami s výběrem odpovědí ano nebo ne. 2 otázky se hodnotí na stupnici 1 až 10, vztahují se ke zdravotnímu stavu a úrovni stresu pečovatele. Kladné odpovědi na otázky značí potřebu dalšího šetření poskytovatelem zdravotní péče. Uděluje doporučení pro pečovatele v podobě upomínky na zorganizování schůzky týkající se péče o vlastní zdraví, vstoupení do podpůrných skupin apod. (American Medical Association, 2017).

The Modified Caregiver Strain Index (MCSI) byl vyvinut k určení stupně přetížení pečovatele. Tento nástroj je doporučováno vyplnit na začátku poskytování péče a následně v pravidelných intervalech v případě změn u pečující osoby. Je složen z 13 otázek využívajících Likertovu stupnici 1–3. Nástroj se zaměřuje na finanční, psychickou, fyzickou, sociální a osobní oblast zátěže. Vysokým stupněm bylo hodnoceno Cronbachovo alfa 0,90. Testování se musí průběžně opakovat (Brandon, 2013, s. 24). Další vybrané nástroje k posouzení zátěže pečovatele jsou uvedeny v tabulce 2.

Z nalezených studií vyplývá, že posouzení pečovatelů zdravotníky pomocí hodnoticích nástrojů je efektivní způsob k detekování dopadů péče na jejich zdraví. Vzhledem k široké škále projevů zátěže pečovatele může dojít ke stanovení jiného ošetřovatelského problému. Precizní a průběžné posouzení pečujících osob je proto důležitým faktorem k identifikování exaktní ošetřovatelské diagnózy. Mnoho hodnoticích nástrojů pro detekování zátěže pečovatelů je určeno pro opečovávané osoby s konkrétními stavy či nemocemi, ale lze je adaptovat na jiná onemocnění vzhledem k podobnosti potřeb pečovatele.



**Tab. 2 Vybrané hodnoticí nástroje k posouzení zátěže pečovatele**

Nástroj	Popis	Položky	Interní konzistence (Cronbachovo alfa)	Použití
Brief assessment scale for caregivers (Glajchen et al., 2005)	zátěž	14	0,7	chronická onemocnění
Burden Assessment Scale (BAS) (Reinhard et al., 2007)	objektivní a subjektivní zátěž	19	0,91	psychiatrická onemocnění
Burden Index for Caregivers (BIC) (Miyashita et al., 2006)	subjektivní zátěž	11	0,84–0,89	neurologická onemocnění
Caregiver Burden Inventory (Novak and Guest, 1989)	zátěž	24	0,77–0,87	Alzheimerova nemoc, organická onemocnění mozku
Caregiver Burden scale (Elmstahl et al., 1996)	různé dimenze zátěže	22	0,70–0,87	pacienti po cévní mozkové příhodě
Caregiving consequences inventory (Sanjo et al., 2009)	vnímání rodinných členů důsledků pečování	24	0,78–0,93	nádorová onemocnění
Demand and Difficulty subscales of the Caregiving Burden scale (Carey et al., 1991)	pečovatelé hodnotí každý úkol podle stráveného času a obtížnosti	15	0,83–0,89	chemoterapeutická léčba
Family burden interview (Morycz, 1985)	zátěž a problémy	15	0,87	Alzheimerova nemoc
Family Experiences Interview Schedule (FEIS) (Tessler and Gamache, 1995)	objektivní a subjektivní zátěž rodiny	200	0,56–0,87	senioři s vážnými duševními problémy
Involvement evaluation questionnaire (Schene et al., 1994)	emoční zátěž	31	0,68–0,91	pacienti se schizofrenií
Global strain scale (Archbold et al., 1990)	potíže a stres během péče	3	0,76–0,82	Parkinsonova choroba
Measurement of burden (CSOB) (Montgomery et al., 1985)	objektivní a subjektivní zátěž	22	0,85–0,86	senioři
Mental health effects (Pruchno et al., 1995)	zátěž a důsledky pečování	31	0,78–0,89	senioři
Modified caregiver strain index (CSI) (Thornton and Travis, 2003)	zatížení pečovatele	13	0,9	chronická onemocnění

Montgomery Borgatta caregiver Burden scale (Montgomery et al., 1985)	objektivní zátěž, subjektivní stresová zátěž	14	0,68–0,90	senioři
Objective Burden Questionnaire (Provencher, 1996)	objektivní zátěž	10	0,7	pacienti se schizofrenií
Perceived burden measure (Macera et al., 1993)	Zátěž	15	0,87	Alzheimerova nemoc
Perceived burden scale (Stommel et al., 1990)	vnímaná zátěž	31	0,72–0,92	senioři
Perceived family burden scale (Levene et al., 1996)	vliv chování nemocného na rodinu	24	0,83	dospělí se schizofrenií
Rapid screen for caregiver burden (Hirschman et al., 2004)	vnímaná zátěž	7	0,86	Alzheimerova nemoc
Screen for Caregiver Burden (Vitaliano et al., 1991)	objektivní a subjektivní zátěž	25	0,85–0,88	Alzheimerova nemoc
Subjective caregiving burden (Lawton et al., 1991)	posouzení napětí	13	0,85	starší osoby se zdravotním postižením
Zarit Burden Interview-22 (Zarit et al., 1980)	zátěž pečovatele	22	0,85	Alzheimerova demence

Zdroj: Van Durme, Jeanmart, Gobert, 2012, s. 496–498

### 3 OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA ZÁTĚŽ V ROLI PEČOVATELE VE VALIDIZAČNÍCH STUDIÍCH

Ošetřovatelské diagnózy svými názvy, definicemi a klinickými indikátory měly prezentovat úsudek sestry jako fenomén vyskytující se v praxi. Mnoho ošetřovatelských diagnóz je do NANDA-I zahrnuto na základě teoretických argumentů založených pouze na literárním review bez dostupných empirických údajů. Proto jsou doporučovány validizační studie k upřesnění souboru klinických indikátorů (Fehring, 1987, s. 1; Herdman et al., 2015, s. 462–463). Validace ošetřovatelských diagnóz vytváří důkazy, že definice diagnózy s klinickými indikátory jsou pro praxi vypovídající. Vytváří technické a vědecké poznatky, které jsou potřebné pro porozumění určitým jevům u pacientů. Informace také podpoří výuku a ošetřovatelský výzkum (Caldeira et al., 2012, s. 1442). Validizační studie představují strategii pro zlepšení přesnosti diagnóz. Realizování validizačních studií v různých kulturních prostředích je významné, jelikož umožní posoudit možné odlišnosti v projevech konkrétního stavu, které mohou být způsobeny vlivem kulturních aspektů. Proto by každá kategorie schválená NANDA-I měla být pečlivě přezkoumána s testováním kulturní citlivosti, které umožní rozvoj cílených ošetřovatelských intervencí. Operacionalizace definic jsou základními součástmi výzkumu ošetřovatelské diagnostiky, jelikož upřednostňují přesné stanovení ošetřovatelské diagnózy s propojením mezi pozorováním a vědeckým výzkumem. Zejména v obsahových validizačních studiích jsou takové definice důležité, protože umožňují analyzování významů experty na základě porozumění, co definující charakteristiky měří a jak bude měřeno (Rueda Diaz, Monteiro da Cruz, E Silva, 2016, s. 285). Validizace ošetřovatelských diagnóz stanoví významné (hlavní) a méně významné (vedlejší) definující charakteristiky. Hlavní určující znaky musí být přítomny ke stanovení diagnózy a potvrzují danou diagnózu. Vedlejší určující znaky poskytují pouze důkaz podporující přítomnost diagnózy, ale nezaručují její existenci (Carpenito, 2010, s. 13).

Bylo dohledáno osm validizačních studií, které se zabývaly ošetřovatelskou diagnózou zátěže pečovatele NANDA-I. Dvě brazilské validizační studie využívaly jinou metodologii, než doporučuje autor Fehring (1987) (Souza Oliveira et al., 2013; Monteiro da Cruz, et al., 2004). Studie autorky Souzy Oliveiry a autorského kolektivu (2013) ale použila pro vyhodnocení dat sestry-experty, které byly vybrány podle Fehringových kritérií. Uvedené brazilské studie ověřovaly definující prvky ošetřovatelské diagnózy. Druhá studie (Monteiro da Cruz, et al.,

2004) se navíc zaměřila i na potencionální ošetřovatelskou diagnózu s rizikovými faktory. Obsahovou validizaci aktuální ošetřovatelské diagnózy za použití Fehringova modelu Diagnostic Content Validity Model (Fehring, 1987) využily čtyři studie (Rueda Diaz, Monteiro da Cruz, E Silva, 2016; Zeleníková, Kolegarová, Kozáková, 2011; Tabaková, Zeleníková, Kolegarová, 2011; Tabaková, 2011). Dvě studie byly nadnárodní úrovně (Rueda Diaz, Monteiro da Cruz, E Silva, 2016; Tabaková, Zeleníková, Kolegarová, 2011). Jedna studie byla realizována na Slovensku a druhá v Česku (Tabaková, 2011; Zeleníková, Kolegarová, Kozáková, 2011). Klinickou validizací se zabývaly dvě české studie, které postupovaly podle Fehringova modelu „Na pacienta zaměřený model klinické diagnostické validity“ (Patient-focused clinical diagnostic validity model) (Fehring, 1987) (Kolegarová, Zeleníková, 2011; Zeleníková, Kozáková, Jarošová, 2014).

Validizaci ošetřovatelské diagnózy *Zátěž v roli pečovatele* pojednává brazilská průřezová studie autorky Souza Oliveira et al. (2013). Byla zkoumána přesnost klinických indikátorů a výskyt ošetřovatelské diagnózy u pečovatelů poskytujících péči blízké osobě po iktu. Sběr údajů byl realizován za využití škály zátěže pečovatele (Caregiver burden scale), kdy se každá položka škály pojila s definující charakteristikou. Některým charakteristikám, které neodpovídaly položkám škály, byly přiřazeny specifické otázky. Vyhodnocení dat bylo realizováno šesti experty, již byli zvoleni dle Fehringových kritérií výběru expertů pro zařazení do výzkumu. Z 27 určujících znaků bylo 10 hodnoceno nad 50 %. S největším procentuálním zastoupením (100 %) se umístila charakteristika popisující *obavy o budoucnost kvůli zdravotnímu stavu příjemce péče*. S 81 % následuje charakteristika, jež je definována *stažením se ze společenského života*, znak popisující *změny ve volnočasových aktivitách* a charakteristika reflektující *potíže vykonávat požadované úkony péče*. V této studii bylo identifikováno 10 nevýznamných určujících znaků: *obavy z institucionalizace příjemce péče*, *kardiovaskulární onemocnění*, *nejistota ze změněného vztahu s příjemcem péče*, *vyrážka*, *změna tělesné hmotnosti*, *odmítání kariérního růstu v zaměstnání*, *obtíže při sledování průběhu onemocnění u příjemce péče*, *nejistota ze změněného vztahu s příjemcem péče*, *smutek ze změněného vztahu s příjemcem péče*. Příznivé hodnoty pro měření diagnostické přesnosti představovaly tyto indikátory: *nedostatek času pro uspokojení osobních potřeb*, *zvýšená emoční labilita*, *stažení se ze společenského života a změny ve volnočasových aktivitách*. *Stažení se ze společenského života a změny ve volnočasových aktivitách* ukazovaly vysokou hodnotu senzitivity ukazující na jedince, kteří by mohli mít diagnostikovanou ošetřovatelskou diagnózu. Vysoké pozitivní prediktivní hodnoty byly získány u znaků: *nedostatek času pro uspokojení osobních potřeb* a *zvýšená emoční labilita*. Tyto charakteristiky značily jedince s vysokou

pravděpodobností výskytu ošetrovatelské diagnózy. Tudiž osoby pečující o jedince po cévní mozkové příhodě by měly být posouzeny na přítomnost těchto čtyř indikátorů. Přítomnost prvních dvou charakteristik (*nedostatek času pro uspokojení osobních potřeb, zvýšená emoční labilita*) mohou být použity pro screening a poslední dva indikátory (*stažení se ze společenského života, změny ve volnočasových aktivitách*) pro potvrzení diagnózy. V opačném případě první dva znaky mohou být varovným signálem pro budoucí pravděpodobný výskyt diagnózy. Studie zjistila, že 73,8 % rodinných pečovatelů odpovídá ošetrovatelské diagnóze Zátěž v roli pečovatele (Souza Oliveira et al., 2013, s. 216–221).

Jiná brazilská studie věnující se ošetrovatelské diagnóze zátěže pečovatele byla uskutečněna autorkou Monteiro da Cruz s kolektivem autorů (2004). Deskriptivní studie se zaměřovala na 30 pečovatelů starajících se o blízkou osobu s chronickou bolestí. Jedním z cílů studie bylo zjistit četnost výskytu diagnostických indikátorů ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele. Údaje byly prostřednictvím interview zaznamenávány do dotazníku, který tvořily otevřené i uzavřené položky. Cílem otázek bylo zjistit závislost příbuzných na pečovateli, charakter péče, oblasti soukromého života negativně ovlivněné pečováním a přítomnost diagnostických indikátorů. Dotazy zaměřující se na diagnostické indikátory byly složeny z určujících znaků aktuální a rizikové ošetrovatelské diagnózy. Z 10 uvedených definujících charakteristik bylo identifikováno 9. Nejčastěji se jednalo o definující charakteristiky reflektující *pocity deprese, potíže při vykonávání některých úkonů péče, obavy z budoucnosti týkající se schopnosti pečovatele poskytovat péči*. Mezi rizikovými faktory ošetrovatelské diagnózy byly nejčastěji uvedeny: ženské pohlaví pečovatele, zhoršené zdraví pečovatele, pečovatelem je manžel/ka. 2 pečovatelé (7 %) neuvedli žádné charakteristiky, ale měli 2–3 rizikové faktory potenciální ošetrovatelské diagnózy. Závěry šetření odhalily, že v 93 % měli pečovatelé přítomnou aktuální diagnózu. Autoři doporučují provést další šetření zaměřující se na identifikování kritických diagnostických indikátorů na různorodých výzkumných vzorcích (Monteiro da Cruz, et al., 2004, s. 8–13).

Obsahovou validizací ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele se zabývala nadnárodní studie provedená v Kolumbii a Brazílii autorkami Rueda Diaz, Monteiro da Cruz a E Silva (2016). Studie byla zaměřena na obsahovou validizaci definujících znaků za využití sester-expertek. Bylo vybráno 9 brazilských a 6 kolumbijských sester podle Fehringových kritérií. Metodologicky výzkum probíhal podle Fehringova DVC modelu. Z 36 určujících znaků bylo experty identifikováno 22 hlavních znaků (vážené skóre  $\geq 0,80$ ), 13 vedlejších znaků (vážené skóre  $< 0,80$  a  $> 0,50$ ) a 1 znak byl vyhodnocen jako nevýznamný (vážené skóre  $\leq 0,50$ ). Nebyl prokázán rozdíl mezi hodnocením sester z Kolumbie a Brazílie. Pouze dvě

definující charakteristiky (*kardiovaskulární onemocnění, odmítání kariérního růstu*) byly pro brazilské expertky nevýznamné a pro kolumbijské sestry stanoveny jako vedlejší. Mezi hlavními definujícími znaky podle nejvyšších hodnot váženého skóre se umístily: *stres* (1,00), *nedostatek času k naplnění osobních potřeb* (0,95), *konflikt v rodině* (0,93), *zvýšená nervozita* (0,92), *narušený vzorec spánku* (0,92), *obavy o členy rodiny* (0,92), *únava* (0,90) atd. Jako vedlejší určující znaky byly vyhodnoceny: *obavy z rutinní péče* (0,78), *vztek* (0,78), *potíže vykonávat důležité úkoly* (0,77), *nízká produktivita v zaměstnání* (0,77), *potíže se sledováním průběhu onemocnění u příjemce péče* (0,75) atd. Celkové skóre obsahové validity zkoumané ošetrovatelské diagnózy bylo 0,79 (Rueda Diaz, Monteiro da Cruz, E Silva, 2016, s. 282–285).

V České republice byla výzkumná studie obsahové validizace uskutečněna autorkami Zeleníkovou, Kolegárovou a Kozákovou (2011). Studie byla realizována u 110 sester agentur domácí péče za využití Fehringova modelu validity diagnostického obsahu (DCV). Z výsledků vyplynuly 2 hlavní definující charakteristiky (vážené skóre > 0,75) popisující *obavy o péči příjemce, kdy pečovatel nebude schopen tuto péči vykonávat* (0,80) a znak prezentující *konflikt v rodině* (0,76). Vedlejších charakteristik (vážené skóre < 0,75 a > 0,50) bylo stanoveno 28 a to: *obavy o zdraví příjemce péče* (0,71), *stres* (0,70), *starosti o člena rodiny* (0,67), *zvýšená emoční labilita* (0,66), *nedostatek času pro naplnění osobních potřeb* (0,66) atd. 6 charakteristik bylo vyhodnoceno jako nespecifických (vážené skóre ≤ 0,50): *obavy o běžnou péči, bolesti hlavy, diabetes mellitus, gastrointestinální potíže, změna hmotnosti a vyrážka* (Zeleníková, Kolegarová, Kozáková, 2011, s. 409–411).

Stejně autorky Kolegárová a Zeleníková (2011) realizovaly validizační studii ošetrovatelské diagnózy zátěže pečovatele dle NANDA-I u 23 rodinných pečovatelů poskytujících péči nesoběstačnému příbuznému déle než 2 roky. Klinická validizace byla realizována za pomoci Fehringova modelu CDV „Na pacienta zaměřený model klinické diagnostické validity“. Bylo stanoveno 8 hlavních charakteristik (vážené skóre > 0,75): *obavy z možné institucionalizace péče příjemce* (0,87), *obavy, jak vyřešit péči o člena rodiny, když pečovatel nebude schopen tuto péči vykonávat* (0,87), *obavy o zdraví příjemce péče v budoucnosti* (0,87), *obavy související se schopností pečovatele poskytovat péči v budoucnosti* (0,79), *konflikt v rodině* (0,79) atd. Pečovatelé stanovili 10 vedlejších určujících znaků (vážené skóre < 0,75 a > 0,50): *obtíže v dokončování požadovaných úkolů* (0,71), *obtíže se sledováním příjemce péče v průběhu nemoci* (0,70), *obtíže ve vykonávání požadovaných úkolů* (0,65), *vysoký krevní tlak* (0,62), *kardiovaskulární onemocnění* (0,59) atd. 18 znaků bylo pečovateli vyhodnoceno jako nevýznamné (vážené skóre ≤ 0,50). Nejnižší vážené skóre bylo u znaku popisujícího *vyrážku* (0,03), *vytržení ze společenského života* (0,21), *odmítání kariérního*

*postupu* (0,22) atd. Jedním z limitů studie byla absence objektivizace ošetrovatelské diagnózy u pečovateli za pomoci standardizovaného měřicího nástroje (Kolegarová, Zeleníková, 2011, s. 283–287).

V roce 2011 byla uskutečněna obsahová validizace ošetrovatelské diagnózy na území Slovenska a Česka. Pro metodologii byl vybrán Fehringův model validity diagnostického obsahu. Výzkumným vzorkem byly sestry-expertky, které splnily modifikovaná Fehringova kritéria pro zařazení do expertní skupiny. Do studie bylo zahrnuto 96 slovenských sester a 104 sester z České republiky. 5 hlavních charakteristik s váženým skóre > 0,75 (*narušený spánek, únava, nedostatek času pro naplňování osobních potřeb, stres, depresivní nálada*) bylo vybráno slovenskými sestrami a 2 hlavní charakteristiky (*obavy o příjemce péče, kdy pečovatel nebude schopný vykonávat péči, rodinný konflikt*) českými sestrami. Slovenské sestry určily 30 vedlejších charakteristik a české sestry 29 (vážené skóre 0,50–0,75). Určující znak *vyrážky* byl nevýznamný u obou skupin sester. České sestry navíc uvedly mezi nevýznamné charakteristiky (vážené skóre < 0,50): *diabetes mellitus, gastrointestinální problémy, bolesti hlavy a změnu hmotnosti*. Obě skupiny se neshodly v žádném společném hlavním znaku. České expertky hodnotily znaky převážně nižším váženým skóre než slovenská expertní skupina. Korelační analýzou mezi hlavními definujícími charakteristikami u slovenských a českých expertek byla zjištěna podstatná korelace mezi znakem *narušený spánek a depresivní nálada* (Tabaková, Zeleníková, Kolegarová, 2011, s. 28–31).

Výzkumné šetření zaměřující se na obsahovou validizaci ošetrovatelské diagnózy dle Fehringova modelu bylo realizováno autorkou Tabakovou (2011) se 38 sestrami-expertkami z agentur domácí péče a 58 sestrami z ústavní péče ze Slovenska. Sestry zapojené do výzkumu musely splňovat modifikovaná Fehringova kritéria stanovující sestru-expertku pro danou diagnózu. Obě skupiny sester přiřadily shodně 15 hlavních definujících charakteristik (vážené skóre > 0,70) a 1 znak vyhodnotily jako nevýznamný (vážené skóre < 0,50). Od nejvyššího váženého skóre byly sestrami z agentury domácí péče přiřazeny tyto hlavní charakteristiky: *nedostatek času naplňovat osobní potřeby* (0,84), *zvýšení emoční lability* (0,81), *změny volnočasových aktivit* (0,80), *zvýšená nervozita* (0,80), *únava* (0,78) atd. Expertky z ústavní péče uvedly: *narušený spánek* (0,91), *únava* (0,80), *stres* (0,80), *depresivní nálada* (0,77), *frustrace* (0,75) atd. Obě skupiny shodně stanovily hlavní určující znaky a to: *nedostatek času naplňovat osobní potřeby, zvýšená emoční lability, zvýšená nervozita, narušený spánek, depresivní nálada, stres, obavy o zdraví příjemce péče, obavy související se schopností pečovatele poskytovat péči v budoucnosti, rodinný konflikt, starosti o členy rodiny a únava*. Obě skupiny považovaly za nevýznamný znak popisující *vyrážky*. Sestry působící v ústavní

péči nevybraly do hlavních charakteristik žádný znak z oblasti socioekonomického stavu pečovatele. Obě skupiny se shodly na 10 hlavních znacích s nejpočetnějším zastoupením charakteristik z emocionální oblasti (Tabaková, 2011, s. 376–382).

Klinickou validizaci ošetrovatelské diagnózy realizovaly autorky Zeleníková, Kozáková a Jarošová (2014) u 225 rodinných pečovatelů. Jednalo se o průřezovou studii využívající Fehringův model „Na pacienta zaměřený model klinické diagnostické validity“ (CDV). Do studie byli vybráni pečovatelé, u kterých se identifikovala zátěž pomocí měřicího nástroje Zarit Caregiver Burden Interview. Pečovatelé byly vybrány dvě hlavní definující charakteristiky (vážené skóre  $\geq 75$ ) s váženým skóre 0,76: *obavy pečovatele z budoucnosti, zda bude schopen poskytovat péči* a *obavy z budoucnosti kvůli zdravotnímu stavu příjemce péče*. Vedlejších určujících znaků (vážené skóre  $< 0,75$ , ale  $> 0,50$ ) bylo určeno dvacet. Čtrnáct definujících charakteristik bylo pečovateli vyhodnoceno jako nevýznamné (vážené skóre  $\leq 0,50$ ). Vedlejší definující charakteristiky dle nejvyššího váženého skóre se umístily takto: *obava příjemce péče, zda je poskytovatel způsobilý péči poskytnout* (0,74), *nedostatek času naplňovat osobní potřeby* (0,63), *únava* (0,62), *dysfunkční změny v pečovatelských aktivitách* (0,60), *změny ve volnočasových aktivitách* (0,60) atd. Mezi nevýznamnými charakteristikami s nejnižším váženým skóre se umístily: *vyrážka* (0,19), *diabetes mellitus* (0,34), *změna tělesné váhy* (0,35), *odmítání kariérního postupu* (0,39) (Zeleníková, Kozáková, Jarošová, 2014, s. 81–84).

Ze závěrů realizovaných studií vyplývá, že ne všechny definující charakteristiky ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I jsou validní pro uvedenou diagnózu. Jako necharakteristické (nevýznamné) definující znaky pro uvedenou diagnózu byly často určeny: *změna tělesné hmotnosti, diabetes mellitus* a *výskyt vyrážky*. Validizační studie realizované na pečovateli a expertech opakovaně ověřily určující znaky, které jsou charakteristické pro zkoumanou ošetrovatelskou diagnózu: *změny ve volnočasových aktivitách, konflikt v rodině, pocity deprese, zvýšená emoční labilita, nedostatek času naplňovat osobní potřeby, obavy, jak vyřešit péči o člena rodiny, když pečovatel nebude schopen tuto péči vykonávat*. Výzkumy doporučují realizovat rozsáhlejší validizační studie v jiném sociokulturním prostředí.



## **4 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ**

Výzkumným zaměřením disertační práce je zátěž rodinného pečovatele v kontextu mezinárodní klasifikace ošetřovatelských diagnóz NANDA-I. Hlavním cílem metodické části disertační práce je verifikovat platnost vybraných diagnostických indikátorů ošetřovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele (00061) klasifikace NANDA-I. Hlavní cíl je dále specifikován do třech dílčích cílů s formulováním obecných a specifických výzkumných otázek k danému cíli.

### **Dílčí cíl 1:**

Ověřit validitu vybraných prvků ošetřovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I.

#### **Výzkumné otázky k dílčímu cíli 1**

##### **Obecná**

Které vybrané prvky ošetřovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I jsou validní?

##### **Specifická**

Které definující charakteristiky ošetřovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I jsou validní u jednotlivých skupin respondentů?

### **Dílčí cíl 2:**

Stanovit celkovou míru validity ošetřovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I.

#### **Výzkumné otázky k dílčímu cíli 2**

##### **Obecná**

Jaká je celková míra validity ošetřovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I?

##### **Specifická**

Jaké je celkové CDV skóre validity ošetřovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I?

### **Dílčí cíl 3:**

Identifikovat významné oblasti definujících charakteristik ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele ze seznamu NANDA-I.

### **Výzkumné otázky k dílčímu cíli 3**

#### **Obecná**

Které oblasti definujících charakteristik ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele ze seznamu NANDA-I jsou významné?

#### **Specifická**

Které oblasti definujících charakteristik ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele ze seznamu NANDA-I jsou nejvýznamnější?

Kapitola týkající se metodiky popisuje konceptuální vymezení výzkumné části disertační práce s uvedením výzkumných a statistických hypotéz. Dále metodická část charakterizuje výzkumný vzorek respondentů zapojených do šetření, způsob realizace sběru dat s popisem statistického zpracování. Poslední podkapitola předkládá průběh pilotního šetření.

## **4.1 Konceptuální vymezení výzkumu**

Konceptuální rámec výzkumné části disertační práce vychází z metodologického přístupu klinické validace (CDV model) podle autora Fehringa (1987). Prospektivní model založený na kvantitativním přístupu získává informace ke zkoumané diagnóze přímo z klinického prostředí (Fehring, 1987, s. 4). Model klinické validace je realizován klinickými experty nebo jsou informace získávány přímo od pacientů. Zvolený přístup závisí na povaze testované diagnózy. Pokud se definující charakteristiky ošetrovatelské diagnózy vztahují více k výkonnosti nebo fyziologii, je doporučován postup přímého pozorování sestrami-expertkami. Bez ohledu na zvolený přístup je doporučováno popsat každou definující charakteristiku testované diagnózy před použitím modelu (Fehring, 1987, s. 4–5).

V disertační práci je aplikován druhý přístup modelu a to postup klinické diagnostické validity zaměřené na pacienta (Patient-focused Clinical Diagnostic Validity Model). Tento způsob je doporučován u ošetrovatelských diagnóz s kognitivními nebo emočními reakcemi,

jako je Beznaděj, Úzkost, Bezmocnost. Důležitým krokem je charakterizování jednotlivých definujících charakteristik zkoumané diagnózy. Je nutné nalézt pacienty s příslušnou ošetřovatelskou diagnózou a prostřednictvím měřicího nástroje prokázat platnost diagnózy. Pokud není k dispozici žádný měřicí nástroj, je doporučováno diagnózu potvrdit klinickou sestrou specialistkou (Fehring, 1987, s. 6). Tento validizační model byl využit u ošetřovatelské diagnózy Úzkost autora Whitleyho (1997) a u nově navržené ošetřovatelské diagnózy Touha (Pehler, 2016). Tímto metodologickým přístupem se v ČR zabývaly autorky Kolegárová a Zeleníková (2011), Zeleníková, Kozáková, Jarošová (2014).

Metodický přístup výzkumného šetření byl koncipován na základě studií autorek Kolegárové a Zeleníkové (2011) a Souza Oliveiry a autorského kolektivu (2013).

## **4.2 Vytvoření výzkumných a statistických hypotéz**

Podkapitola popisuje operacionalizaci proměnných a stanovení výzkumných hypotéz. Operacionalizací se rozumí proces transformace pojmů-proměnných do měřitelných hodnot vycházejících z teoretické analýzy (Vévodová, Ivanová et al., 2015, s. 52–53). Proměnné lze dále rozlišit na závislé a nezávislé proměnné. Nezávislá proměnná označuje potenciaální příčinu změn a závislá proměnná označuje hodnoty, které se změnily v důsledku vlivu nezávisle proměnných (Gavora, 2000, s. 48).

Operacionalizace pojmu definujících charakteristika jako závislé proměnné ve výzkumném šetření je definována v publikaci NANDA International Inc. Soubor definujících charakteristik ošetřovatelské diagnózy jsou pozorovatelné znaky shlukující se do příznaků nebo symptomů diagnózy (Herdman et al., 2014, s. 26). Vybrané charakteristiky ošetřovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele (00061) jsou složeny ze znaků reprezentujících potíže při vykonávání role pečovatele. Jedná se o charakteristiky z oblasti pečovatelských aktivit, zdravotního stavu pečovatele, vztahu pečovatele s příjemcem péče a procesů v rodině. Definující charakteristiky týkající se zdravotního stavu pečovatele jsou navíc členěny do somatického, emočního a socioekonomického stavu (Herdman et al., 2014, s. 279–280).

**Výzkumné hypotézy vztahující se k 1. cíli** (*Ověřit validitu vybraných prvků ošetřovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I.*)

1H Existuje vztah mezi významnými definujícími charakteristikami ošetřovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I. u respondentů s identifikovanou zátěží.

2H Existuje vztah mezi hlavními definujícími charakteristikami ošetřovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I. u skupiny respondentů s detekovanou střední až těžkou zátěží.

3H Existuje vztah mezi vedlejšími definujícími charakteristikami ošetřovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I. u skupiny respondentů s detekovanou střední až těžkou zátěží.

4H Existuje vztah mezi hlavními definujícími charakteristikami ošetřovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I. u skupiny respondentů s detekovanou závažnou zátěží.

5H Existuje vztah mezi vedlejšími definujícími charakteristikami ošetřovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I. u skupiny respondentů s detekovanou závažnou zátěží.

**Výzkumné hypotézy vztahující se k 2. cíli** (*Stanovit celkovou míru validity ošetřovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I.*):

6H S narůstajícím věkem rodinného pečovatele vzrůstá celkové CDV skóre ošetřovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I.

7H S prodlužující se délkou pečování o příbuzného vzrůstá celkové CDV skóre ošetřovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I.

8H S narůstajícím vzděláním rodinného pečovatele vzrůstá celkové CDV skóre ošetřovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I.

9H S narůstající mírou zátěže rodinného pečovatele vzrůstá celkové CDV skóre ošetřovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I.

**Pro 3. cíl** (*Identifikovat významné oblasti definujících charakteristik ošetřovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele ze seznamu NANDA-I.*) nebyly formulovány hypotézy. Analýza dat byla realizována za použití deskriptivní statistiky.

### **Statistické hypotézy:**

Výzkumné hypotézy byly převedeny do statistických hypotéz k vyjádření vztahů mezi proměnnými.

1H<sub>0</sub> Neexistuje vztah mezi významnými definujícími charakteristikami ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I. u respondentů s identifikovanou zátěží.

1H<sub>A</sub> Existuje vztah mezi významnými definujícími charakteristikami ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I. u respondentů s identifikovanou zátěží.

2H<sub>0</sub> Neexistuje vztah mezi hlavními definujícími charakteristikami ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I. u skupiny respondentů s detekovanou střední až těžkou zátěží.

2H<sub>A</sub> Existuje vztah mezi hlavními definujícími charakteristikami ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I. u skupiny respondentů s detekovanou střední až těžkou zátěží.

3H<sub>0</sub> Neexistuje vztah mezi vedlejšími definujícími charakteristikami ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I. u skupiny respondentů s detekovanou střední až těžkou zátěží.

3H<sub>A</sub> Existuje vztah mezi vedlejšími definujícími charakteristikami ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I. u skupiny respondentů s detekovanou střední až těžkou zátěží.

4H<sub>0</sub> Neexistuje vztah mezi hlavními definujícími charakteristikami ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I. u skupiny respondentů s detekovanou závažnou zátěží.

4H<sub>A</sub> Existuje vztah mezi hlavními definujícími charakteristikami ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I. u skupiny respondentů s detekovanou závažnou zátěží.

5H<sub>0</sub> Neexistuje vztah mezi vedlejšími definujícími charakteristikami ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I. u skupiny respondentů s detekovanou závažnou zátěží.

5H<sub>A</sub> Existuje vztah mezi vedlejšími definujícími charakteristikami ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I. u skupiny respondentů s detekovanou závažnou zátěží.

6H<sub>0</sub> Neexistuje vztah mezi věkem rodinného pečovatele a celkovým CDV skóre ošetřovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I.

6H<sub>A</sub> Existuje vztah mezi věkem rodinného pečovatele a celkovým CDV skóre ošetřovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I.

7H<sub>0</sub> Neexistuje vztah mezi délkou péče o příbuzného a celkovým CDV skóre ošetřovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I.

7H<sub>A</sub> Existuje vztah mezi délkou péče o příbuzného a celkovým CDV skóre ošetřovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I.

8H<sub>0</sub> Neexistuje vztah mezi vzděláním rodinného pečovatele a celkovým CDV skóre ošetřovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I.

8H<sub>A</sub> Existuje vztah mezi vzděláním rodinného pečovatele a celkovým CDV skóre ošetřovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I.

9H<sub>0</sub> Neexistuje vztah mezi mírou zátěže rodinného pečovatele a celkovým CDV skóre ošetřovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I.

9H<sub>A</sub> Existuje vztah mezi mírou zátěže rodinného pečovatele a celkovým CDV skóre ošetřovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I.

### **4.3 Popis měřicího nástroje**

Empirická data byla získána s využitím měřicího nástroje dotazníkového charakteru, který se zaměřoval na relevantnost a přítomnost definujících charakteristik ošetřovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele (00061) dle NANDA-I. Sběr dat probíhal dle metodologického přístupu klinické validizace dle modelu „Patient-focused Clinical Diagnostic Validity Model“ (Fehring, 1987, s. 6). Měřicí nástroj byl členěn do třech úseků.

První část záznamového formuláře byla tvořena otázkami standardizovaného hodnoticího nástroje Zarit Burden Interview (ZBI) (Zarit, 1980, 1990). Tento dotazník je složen z 22 položek zjišťujících míru vnímané zátěže pečovatele v důsledku poskytované péče. Otázky jsou orientovány na zátěž v pěti doménách: vztahy (6 otázek), emoční well-being (7 otázek), společenský a rodinný život (4 otázky), finance (1 otázka) a ztráta kontroly nad vlastním

životem (4 otázky). Většina položek posuzuje oblast osobní zátěže pečovatele. Respondent označuje odpověď na 5bodové stupnici (0 – nikdy nebo vůbec, 4 – téměř stále nebo velice) (Mapi Research Trust, 2011). Pro použití nástroje byl získán souhlas od autora prostřednictvím organizace Mapi™ Research Trust (uvedeno v příloze 2). Organizace se souhlasem poskytla českou verzi nástroje (viz příloha 3).

V druhé části výzkumného nástroje respondenti hodnotili 36 definujících charakteristik vybrané ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele. Položky posuzují oblasti pečovatelských aktivit, zdravotního stavu pečovatele (stav somatický, emoční, socioekonomický), vztahu pečovatele s příjemcem péče a procesů v rodině (Herdman et al., 2014, s. 279–280). Výčet určujících znaků vybrané ošetrovatelské diagnózy byl definován z publikace NANDA-I verze 2012–2014 v českém překladu autorky Kudlové (2013). Jednotlivé definující charakteristiky byly formulovány do finální podoby na základě odborné diskuze s vysokoškolskými experty oboru ošetrovatelství. Položky určujících znaků byly modifikovány do 1. osoby jednotného čísla. Každá položka byla posuzována na základě názoru, vnímání a cítění respondenta. Jednotlivé otázky byly klasifikovány na Likertově škále s hodnoticí stupnicí od 1 do 5 (1 – není vůbec charakteristická, 5 – velmi charakteristická) (Fehring, 1987).

Finální část měřicího nástroje se zaměřovala na doplňující informace týkající se identifikace respondentů. Identifikační údaje obsahovaly informace o pohlaví, věku, vzdělání, délce pečovatelské role a příbuzenském vztahu k opečovávané osobě.

Fází **předvýzkumného šetření** byla ověřena vhodnost použití testovacího nástroje (Disman, s. 2002, 122). Předvýzkum byl realizován po provedené pilotní studii (popis uveden v podkapitole 4.7 Pilotní studie). Byla zjišťována jasnost uvedených instrukcí k vyplnění nástroje, srozumitelnost jednotlivých položek s nabídkou odpovědí a logická posloupnost otázek. Do předvýzkumu bylo vybráno 10 respondentů – pečovatelů, kteří poskytují péči blízké osobě v jejím sociálním prostředí. Ze závěrů předvýzkumu vyplynula potřeba upravit formulace některých položek, a to především úseku zaměřujícího se na definující charakteristiky.

## 4.4 Charakteristika výzkumného vzorku

Výběr výzkumného souboru byl realizován dle metodologického doporučení pro klinickou validizaci modelu „Patient-focused Clinical Diagnostic Validity Model“ (Fehring, 1987, s. 6). U uvedeného klinického modelu validizace nejsou stanovena kritéria výběru respondentů. Kritéria jsou přizpůsobována autory dle charakteru ošetrovatelské diagnózy (Jarošová et al., 2012, s. 42). Ve výzkumném šetření byl aplikován záměrný výběr respondentů podle vymezených kritérií. Do výzkumu byli zařazeni neformální pečovatelé poskytující péči blízké osobě v jejím domácím prostředí. Dalšími kritérii pro zapojení do výzkumu byla péče poskytovaná minimálně 2 roky, plnoletost, péče o dospělou osobu a potvrzení ošetrovatelské diagnózy standardizovaným měřicím nástrojem ZBI.

## 4.5 Realizace výzkumu

Vyhledávání respondentů probíhalo za spolupráce organizací poskytujících pečovatelské a ošetrovatelské služby v domácím prostředí klienta. Bylo osloveno mnoho organizací, na sběru dat se však finálně podílelo 5 zařízení: Nemocnice Hranice – Domácí péče, Sociální služby Lipník nad Bečvou, Charita Šternberk, Oblastní charita Ústí nad Orlicí a Fyzidop, s.r.o., domácí péče v Olomouci (souhlasy s výzkumným šetřením v přílohách 4 až 8). Po udělení souhlasu s šetřením byly instruovány vybrané všeobecné sestry a vedoucí pečovatelské služby. Instrukce zahrnovaly informace o účelu šetření, výběru respondentů a pokyny k vyplnění. Vyplněné formuláře byly odevzdány osobně, případně zaslány prostřednictvím České pošty. Vyplněním formuláře respondent souhlasil s účastí na výzkumu. Další vyhledávání respondentů probíhalo prostřednictvím osobních kontaktů a s využitím techniky řetězového výběru (metoda sněhové koule).

Sběr dat probíhal od prosince 2016 do března 2018. Bylo distribuováno 360 záznamových formulářů, návratnost činila 83,1 % (n = 301), z tohoto počtu bylo 24 záznamů vyřazeno pro nekompletní vyplnění. Celkový počet formulářů využitých pro výzkum byl 277 (77 %).

Etické hledisko výzkumného šetření bylo posouzeno a schváleno Etickou komisí Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci (viz příloha 1).



## 4.6 Metody statistického zpracování

Získaná data byla zpracována deskriptivní statistikou a statistické hypotézy byly testovány parametrickými a neparametrickými metodami indukční statistiky.

Základní informace o výběrovém souboru v jednotlivých kategoriích byly znázorněny popisnou statistikou. Byly vypočítány absolutní a relativní četnosti, aritmetický průměr, směrodatná odchylka a medián. Tyto údaje byly zpracovány do přehledných tabulek a grafů.

Definující charakteristiky vybrané ošetřovatelské diagnózy byly vyjádřeny aritmetickým průměrem, směrodatnou odchylkou a váženým skóre. Vážené skóre každé definující charakteristiky se vypočítalo z aritmetického průměru. Tento aritmetický průměr byl získán součtem předdefinovaných hodnot ke každé numerické odpovědi s následným vydělením sumou všech uvedených odpovědí. Hodnoty jsou dle doporučení autora Fehringa (1987) vyjádřeny: 1 = 0; 2 = 0,25; 3 = 0,50; 4 = 0,75; 5 = 1. Hodnoty váženého skóre byly následně rozděleny do skupin podle relevance definujících znaků testované diagnózy:  $\geq 0,75$  hlavní, významné určující znaky;  $< 0,75$ , ale  $> 0,50$  vedlejší, méně významné určující znaky;  $\leq 0,50$  nevýznamné určující znaky. Z významných definujících charakteristik bylo vypočítáno celkové CDV skóre. Ošetřovatelská diagnóza s hodnotou celkového CDV skóre  $< 0,6$  je doporučena k revidování (Fehring, 1986, s. 189).

Míra zátěže pečovatelů byla stanovena dle standardizovaného měřicího nástroje Zarit Burden Interview (ZBI). Jedná se o 22položkový hodnoticí nástroj s předdefinovanými odpověďmi na 5 bodové stupnici 0–4 (viz podkapitola 4.3 Popis měřicího nástroje). Vyhodnocení stupně zátěže bylo určeno na základě součtu odpovědí, které jsou v rozmezí 0 až 88 bodů. Se zvyšujícím se součtem vzrůstá závažnost zátěže. Rozsah skóre je interpretován: 0 až 21 bodů žádná nebo malá zátěž, 22–40 bodů je mírná až střední zátěž, 41–60 bodů popisuje střední až vážnou zátěž a 61 až 88 bodů značí závažnou zátěž (Mapi Research Trust, 2011).

Byla využita korelační analýza k vyjádření statistické závislosti dvou proměnných. Stupeň závislosti mezi zkoumanými fenomény byl zjišťován použitím korelačního koeficientu. Korelační koeficient dosahuje mezních hodnot  $\pm 1,0$ . Hodnota 0 vyjadřuje statistickou nezávislost dvojice proměnných. Hodnoty +1 nebo -1 značí úplnou funkční závislost proměnných, čím více se koeficient korelace přibližuje číslu 1, tím je souvislost mezi zkoumanými jevy pevnější. Záporná hodnota korelace vypovídá o opačném vztahu mezi proměnnými (Chráska, 2016, s. 141). Před výběrem statistické metody byl proveden test normality, který rozpozná, zda skupina dat pozorované náhodné veličiny odpovídá Gaussovu

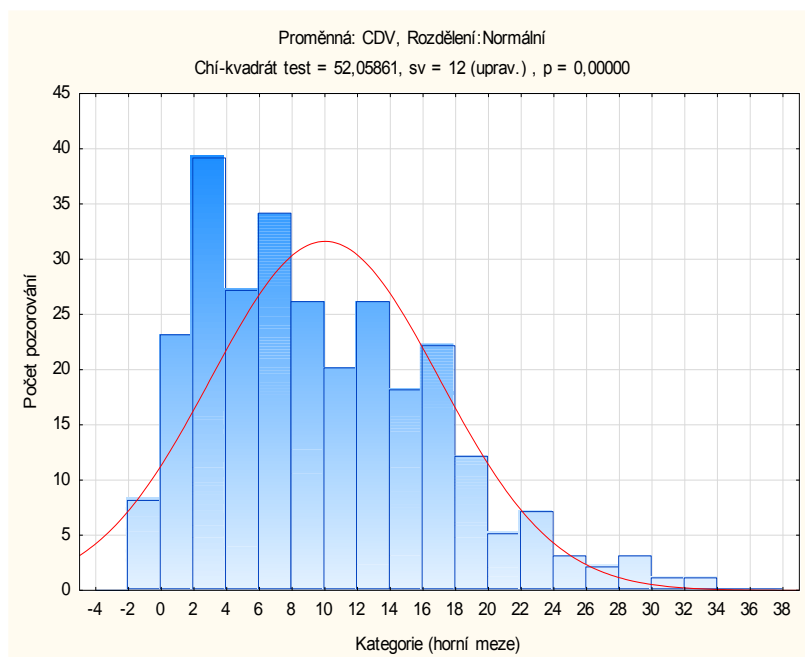
normálnímu rozdělení pravděpodobností. Jeden z nejpoužívanějších testů normality dat je chí-kvadrát test dobré shody, který byl aplikován v disertační práci. Chí-kvadrát test srovnává difference mezi empirickými a teoretickými četnostmi odpovídajícími Gaussovu normálnímu rozdělení. Test určí, zda odlišnosti jsou náhodné a výběrový soubor odpovídá populaci s normálním rozdělením, či nikoli (Bedáňová, Večerek, 2007, s. 66). Testované proměnné (věk, CDV skóre, délka pečování, vzdělání, skóre zátěže; obrázek 2 prezentuje histogram rozložení dat celkového CDV skóre) nevykazovaly normální rozložení dat, proto byla využita neparametrická metoda statistického testování – Spearmanův koeficient pořadové korelace. Zaznamenává obecně rostoucí či klesající vztahy mezi sledovanými veličinami. Kvantitativně zjišťuje, jak těsný je vztah mezi dvěma pořadími (Hendl, 2006, s. 257). Vztahy mezi definujícími charakteristikami ošetřovatelské diagnózy u 3. skupiny respondentů (n = 72) a souboru respondentů 2., 3. a 4. skupiny (n = 227) byly vyjádřeny Pearsonovým korelačním koeficientem. Test byl použit z důvodu vyššího počtu respondentů. Závislosti mezi určujícími znaky u 4. skupiny respondentů s diagnostikovanou závažnou zátěží (n = 12) byly pro nízký počet respondentů vyjádřeny Spearmanovým korelačním koeficientem. Sílu korelačního koeficientu lze vyjádřit interpretací znázorněnou v tabulce 3.

**Tab. 3 Interpretace síly korelačního koeficientu**

<b>Koeficient korelace (r)</b>	<b>Interpretace závislosti</b>
$r = 1$	naprostá
$1,00 > r \geq 0,90$	velmi silná
$0,90 > r \geq 0,70$	vysoká
$0,70 > r \geq 0,40$	střední
$0,40 > r \geq 0,20$	nízká
$0,20 > r \geq 0,00$	velmi slabá
$r = 0,00$	žádná

Zdroj: Chráska, 2006, s. 112

**Obr. 2 Histogram rozložení dat celkového CDV skóre**



sv – počet stupňů volnosti pro test; p – p-hodnota

Stanovené hypotézy byly formulovány do podoby vhodné ke statistickému testování. Proto byly definovány nulové a alternativní hypotézy. Nulová hypotéza předpokládá, že mezi zkoumanými proměnnými není vztah. Alternativní hypotéza je protikladem nulové hypotézy a reprezentuje vyvozený předpoklad v případě zamítnutí nulové hypotézy. Ve výzkumném šetření byly hypotézy testovány na hladině statistické významnosti alfa ( $\alpha$ ) 0,05 a 0,01. Vyjadřuje pravděpodobnost nesprávného zamítnutí nulové hypotézy, i když je platná. Po zvolené hladině významnosti se vypočítá testovací kritérium (výpočet testovací statistiky), které rozhodne o platnosti či neplatnosti nulové hypotézy. Výběr testovacího kritéria se odvíjí od charakteru dat a ověřované hypotézy. Poslední fází testování statistických hypotéz je stanovení závěrů, které bylo realizováno převedením testovací statistiky do pravděpodobnostní škály s výpočtem pravděpodobnosti p (hodnota významnosti p). Hodnota pravděpodobnosti p kvantifikuje pravděpodobnost realizace hodnoty testovací statistiky v případě platné nulové hypotézy. Pokud hodnota významnosti p je menší než zvolená hladina významnosti  $\alpha$ , nulová hypotéza se zamítá. V případě větší p-hodnoty než hladina významnosti  $\alpha$  dojde k přípuštění platnosti nulové hypotézy a je doporučena k dalšímu zkoumání (Hendl, 2006, s. 176–178).

Data byla zpracována pomocí analytického a statistického softwaru IBM SPSS Statistics 20 a programu MS Excel 2010.

## 4.7 Pilotní studie

Význam pilotního šetření se zakládá na rozpoznání, zda výzkumný projekt lze aplikovat v klinickém prostředí a zda se požadovaná informace či problém vyskytuje ve vybrané populaci (Disman, 2002, s. 121). Pilotní studií se také otestuje vybraná metodika výzkumného šetření (Žiaková et al., 2009, s. 93). Hlavním účelem pilotní studie bylo ověřit postup klinické validizace za využití CDV modelu (Patient-focused Clinical Diagnostic Validity Model) dle Fehringa (model je popsán v podkapitole 4.1 Konceptuální vymezení výzkumu). Cílem pilotního šetření bylo realizovat klinickou validizaci na souboru definujících charakteristik ošetřovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele dle NANDA-I.

Soubor respondentů byl tvořen 8 rodinnými pečovateli poskytujícími péči dospělé osobě v jejím přirozeném prostředí. Měřicí nástroj byl složen ze třech úseků. První část obsahovala hodnoticí nástroj (Zarit Burden Interview, ZBI) k posouzení míry zátěže, druhá část zahrnovala výčet 36 určujících znaků vybrané ošetřovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele a poslední úsek sloužil k doplnění informací o pečovateli (pohlaví, věk, vztah k opečovávané osobě). Respondenti posuzovali otázky hodnoticího nástroje ZBI vztahující se k pocitům z vykonávané péče o blízkou osobu na škále 0 až 4. Definující charakteristiky byly hodnoceny na škále od 1 do 5 (viz podkapitola 4.3 Popis měřicího nástroje a 4.6 Metody statistického zpracování). Vyhodnocení jednotlivých částí měřicího nástroje je vysvětleno v podkapitole 4.6 Metody statistického zpracování.

Na základě výsledků pilotního šetření bylo zjištěno, že pro testovaný soubor respondentů jsou vyhodnoceny 2 hlavní definující charakteristiky – *obava z budoucnosti týkající se zdraví příjemce péče* ( $vs = 0,77$ ) a *únava* ( $vs = 0,75$ ). Méně významné (vedlejší) definující charakteristiky s nejvyšší hodnotou váženého skóre byly znak popisující *nedostatek času naplňovat osobní potřeby* ( $0,70$ ) a *stres* ( $0,68$ ).

Pilotní studie prokázala vhodnost užití zvolené metodiky a CDV modelu pro výzkumné šetření na zvolený soubor respondentů. Bylo nutné doplnit a více specifikovat pokyny pro vyplnění měřicího nástroje. Některé definující charakteristiky byly přeformulovány do srozumitelnější podoby. V posledním úseku měřicího nástroje byly doplněny položky o vzdělání a délce pečování.

## 5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

### 5.1 Charakteristika výzkumného vzorku

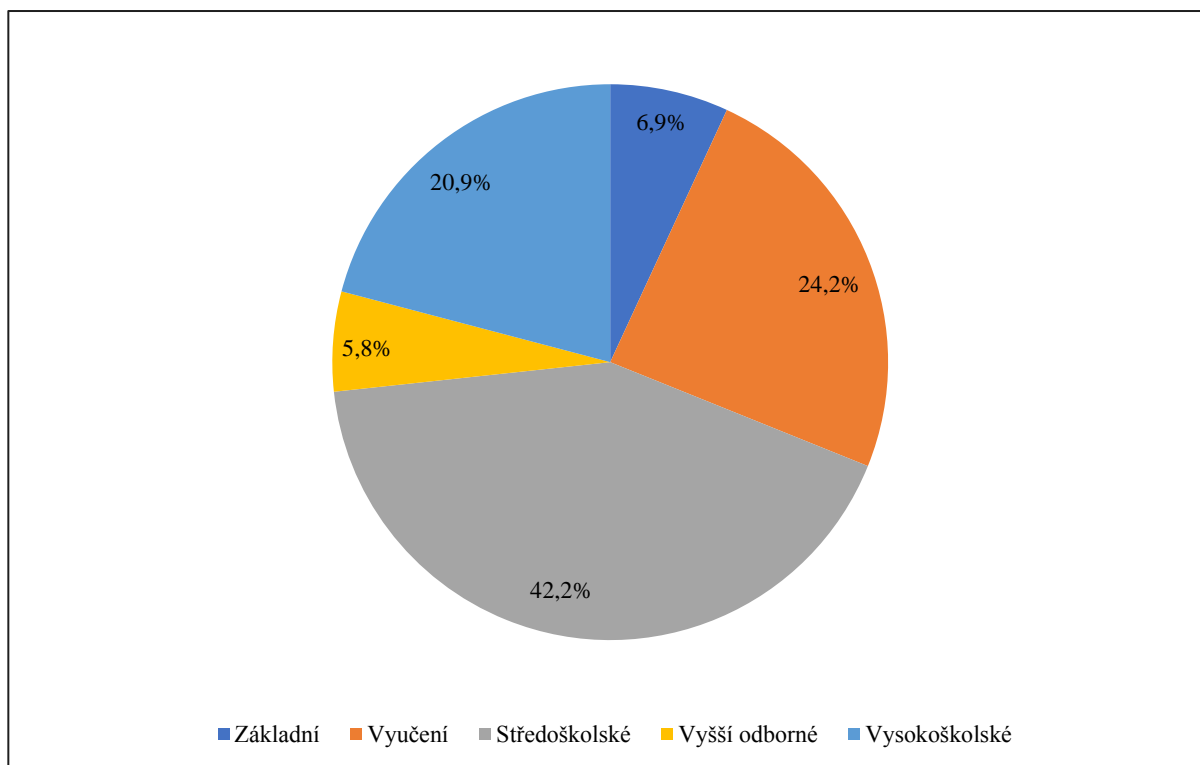
Do výzkumného šetření bylo zahrnuto 277 respondentů (77 %). Výzkumný vzorek byl zastoupen převážně ženami v 84,5 % (n = 234). Mužské pohlaví bylo prezentováno pouze v 15,5 % (n = 43). Průměrný věk rodinných pečovatelů byl 54,1 let (minimum 18 let, maximum 86 let) s mediánem věku 56 let. Detailnější závěry věkového zastoupení respondentů jsou popsány v tabulce 4.

**Tab. 4 Věk respondentů**

Věk	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Kumulativní četnost (%)
18–30	19	6,9	6,9
31–45	49	17,7	24,6
46–60	110	39,7	64,3
61–75	85	30,7	95,0
76 a výše	14	5,1	100,0
Celkem	277	100	

Soubor výzkumného vzorku byl nejčastěji tvořen respondenty se středoškolským vzděláním – 42,2 % (n = 117). Skupina respondentů s nejnižším zastoupením byla s vyšším odborným vzděláním – 5,8 % (n = 16). Podrobnější popis respondentů s dosaženým vzděláním je uveden v příloze 12 a na obrázku 3. Dosažené vzdělání v závislosti na pohlaví respondentů je znázorněno v tabulce 5.

**Obr. 3** Vzdělání respondentů

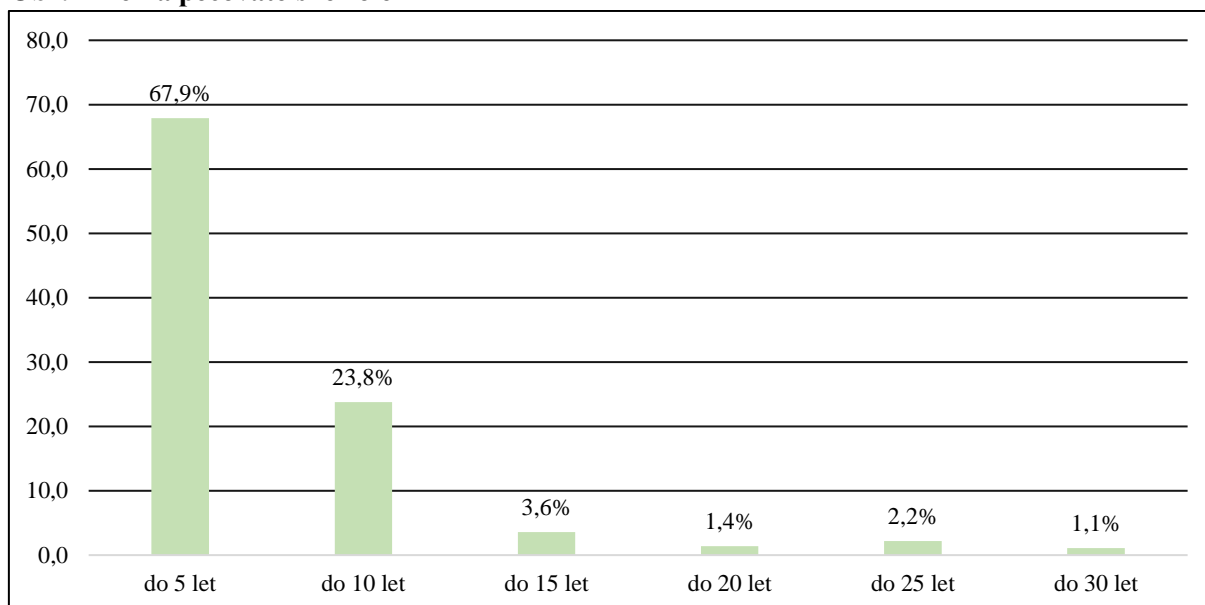


**Tab. 5** Kontingenční tabulka pohlaví a vzdělání

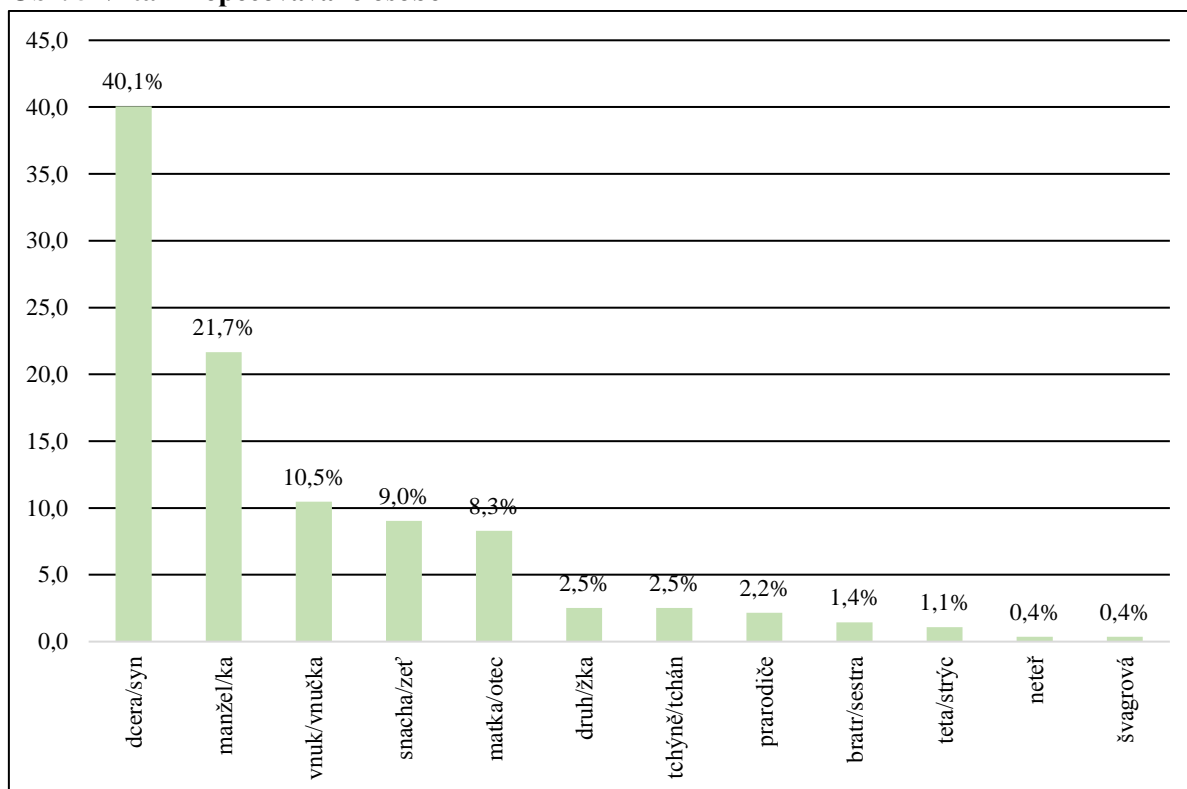
Pohlaví	Vzdělání					Celkový součet
	Základní	Vyučení	Středoškolské	Vyšší odborné	Vysokoškolské	
Ženy	17	58	97	15	47	234
Muži	2	9	20	1	11	43
<b>Celkový součet</b>	<b>19</b>	<b>67</b>	<b>117</b>	<b>16</b>	<b>58</b>	<b>277</b>

Průměrná délka pečovatelské role výzkumného vzorku byla 5,5 let (minimum – 2 roky, maximum – 30 let, SD – 4,9 let), medián byl 4 roky. Soubor respondentů s nejčastějším zastoupením byl s délkou pečovatelské role do 5 let – 67,9 % (n = 188). Nejnižší výskyt byl u skupiny respondentů s délkou pečovatelské role do 30 let – 1,1 % (n = 3). Závěry dat jsou vyjádřeny v příloze 13 a na obrázku 4.

**Obr. 4 Délka pečovatelské role**



Pečovatelé byli nejčteněji zastoupeni dospělými dětmi – 40,1 % (n = 111). Druhými nejčastějšími pečovateli byli manželé – 21,7 % (n = 60) a následovali pečovatelé ze souboru vnoučat s 10,5 % (n = 29). Pečovatelé s nejnižší frekvencí byli ve vztahu sourozeneckém a vazbou neteř a švagrová. Detailní závěry jsou uvedeny v příloze 14 a na obrázku 5. Vztahové vazby pečovatelů k opečovávané osobě členěné v závislosti na pohlaví jsou prezentovány v tabulce 6.

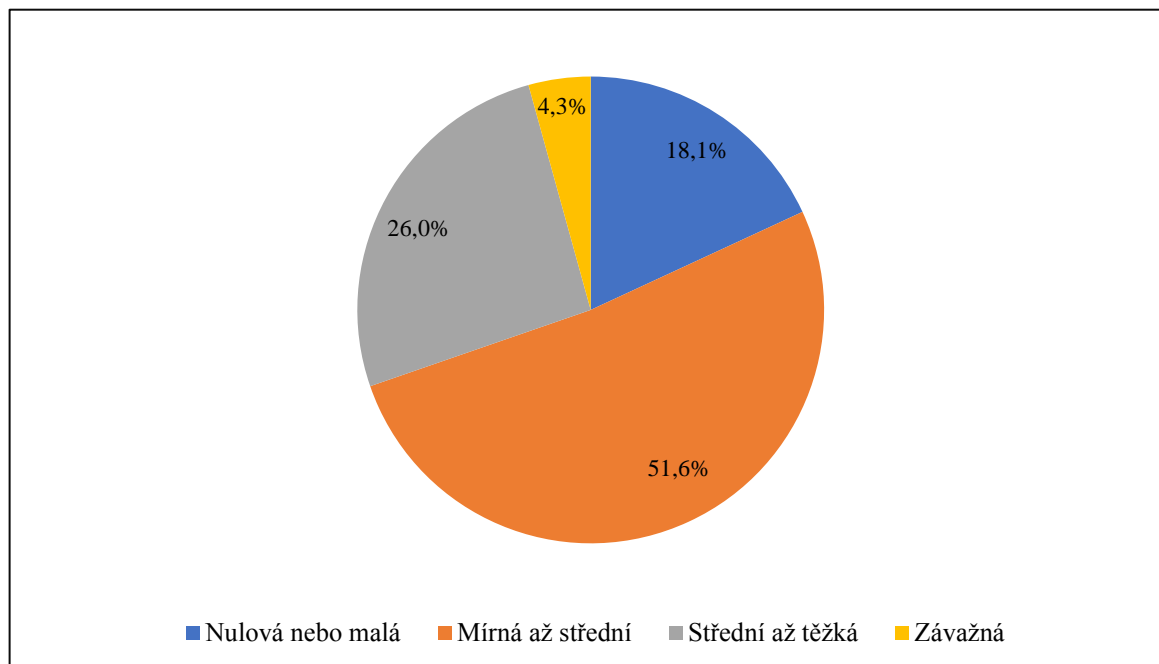
**Obr. 5 Vztah k opečovávané osobě****Tab. 6 Kontingenční tabulka pohlaví a vztahu k opečovávané osobě**

Pohlaví	Vztah						Celkový součet
	Dcera/syn	Manžel/ka	Vnuk/vnučka	Matka/otec	Snacha/zeť	Ostatní	
Ženy	94	48	26	20	21	25	234
Muži	17	12	3	3	4	4	43
<b>Celkový součet</b>	<b>111</b>	<b>60</b>	<b>29</b>	<b>23</b>	<b>25</b>	<b>29</b>	<b>277</b>

Míra zátěže pečovateli byla u respondentů členěna do 4 skupin (1 – nulová až mírná zátěž, 2 mírná až střední zátěž, 3 – střední až těžká zátěž, 4 – závažná zátěž). Průměrné skóre zátěže bylo prezentováno číslem 33,2 (mírná až střední zátěž). Medián zátěže byl vyjádřen hodnotou 32. Nejfrekventovanější skupinou výzkumného vzorku byli respondenti zastupující mírnou až střední zátěž – 51,6 % (n = 143,  $\bar{x}$  = 30,4). Nejnížší četnost vykazoval soubor respondentů se závažnou zátěží – 4,3 % (n = 12,  $\bar{x}$  = 66,3). Přesné výsledky jsou rozvedeny v příloze 15 a na obrázku 6.



**Obr. 6 Míra zátěže pečovatелů**



## 5.2 Výsledky klinické validizace ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele

Hodnota celkového CDV skóre zkoumané ošetrovatelské diagnózy byla 0,53. Z celkového počtu respondentů ( $n = 277$ ) byly určeny pouze 2 definující charakteristiky jako vedlejší. Nejvyšší vážené skóre (0,55, průměr – 3,21, SD – 1,36) získala definující charakteristika *obava z budoucnosti týkající se zdraví příjemce péče*, která se řadí do skupiny znaků z oblasti pečovatelských aktivit. Nižší vážené skóre (0,51, průměr – 2,91, SD – 1,42) bylo dosaženo u určujícího znaku *změny ve volnočasových aktivitách* patřící do kategorie zdravotního stavu (socioekonomická oblast). Všechny vedlejší určující znaky jsou znázorněny v tabulce 7 a příloze 16.

**Tab. 7 Vedlejší definující charakteristiky (celková sumarizace)**

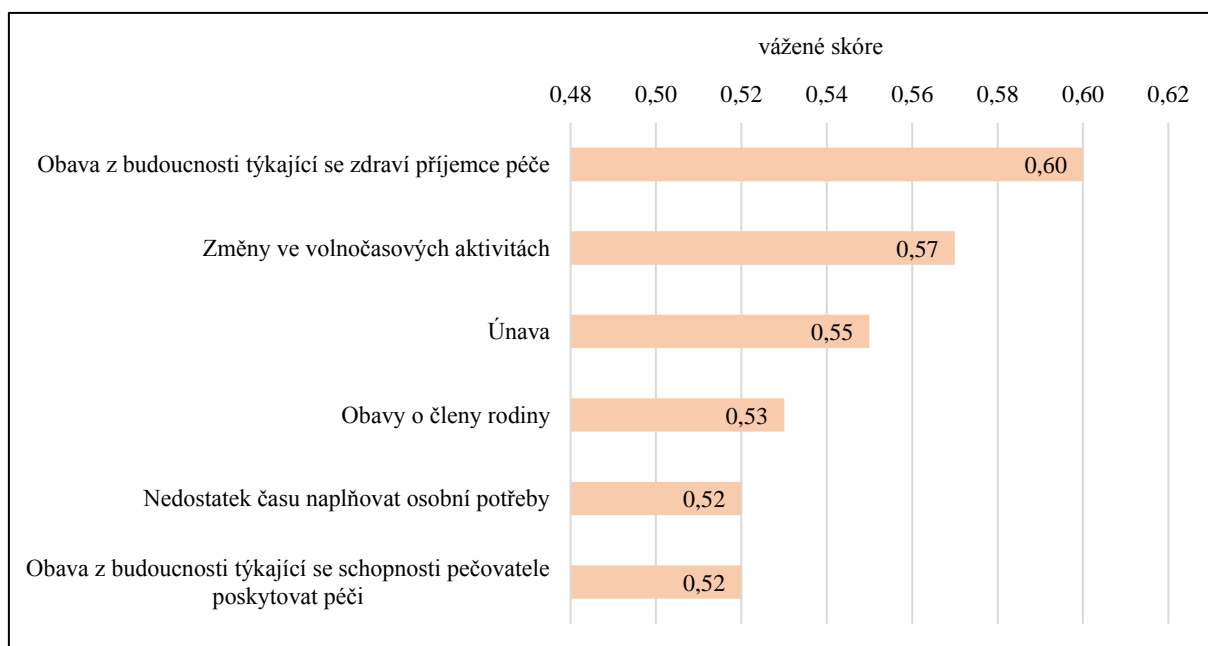
Vedlejší určující znaky	vs	$\bar{x}$	SD
Obava z budoucnosti týkající se zdraví příjemce péče	0,55	3,21	1,36
Změny ve volnočasových aktivitách	0,51	2,91	1,42

vs – vážené skóre,  $\bar{x}$  – aritmetický průměr, SD – směrodatná odchylka

Zdroj definujících charakteristik: HERDMAN, R. H. 2013. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2012–2014 = Nursing diagnoses: definitions and classification: 2012–2014*. překl. Kudlová, Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8.

Celkové CDV skóre ošetrovatelské diagnózy u respondentů s identifikovanou zátěží (skupina 2, 3, 4) bylo 0,55. U uvedené kategorie respondentů byly prokázány méně významné definující charakteristiky. Nejvyššího váženého skóre (0,60) dosahovala charakteristika *obava z budoucnosti týkající se zdraví příjemce péče*. S nejnižším váženým skóre to byl znak *obava z budoucnosti týkající se schopnosti pečovatele poskytovat péči*. Výčet všech vedlejších definujících charakteristik je prezentován v příloze 17 a na obrázku 7.

**Obr. 7** Vedlejší definující charakteristiky (skupina 2, 3, 4)



Zdroj definujících charakteristik: HERDMAN, R. H. 2013. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2012–2014 = Nursing diagnoses: definitions and classification: 2012–2014*. překl. Kudlová, Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8.

Závěry z analýzy definujících charakteristik k jednotlivým kategoriím stupně zátěže jsou popsány níže v textu.

U 1. skupiny respondentů s **nulovou až mírnou zátěží** (n = 50) nebyly zjištěny žádné relevantní hlavní a vedlejší definující charakteristiky. Určující znak s nejvyšším váženým skóre (0,43) náležející do kategorie nevýznamných charakteristik byl prezentován *změnou tělesné hmotnosti*.

Nejpočetnější soubor 2. skupiny výzkumného vzorku s detekovanou **mírnou až střední zátěží** (n = 143) stanovil 1 vedlejší určující znak, a to *obava z budoucnosti týkající se zdraví příjemce péče* s váženým skóre 0,53 (průměr – 3,10, SD – 1,30).

3. kategorie souboru respondentů-rodinných pečovatelů s identifikovanou **střední až těžkou zátěží** (n = 72) určila pouze vedlejší definující charakteristiky. Z celkového počtu 36 určujících znaků bylo stanoveno 10 méně významných charakteristik. S nejvyšším váženým skóre 0,71 byl definován znak *nedostatek času naplňovat osobní potřeby*. Následně se s identickým váženým skóre 0,70 umístily charakteristiky *změny ve volnočasových aktivitách* a *obava z budoucnosti týkající se zdraví příjemce péče*. Další určující znak s nejvyšším váženým skóre 0,65 byla *únava*, následovala charakteristika *obava z budoucnosti týkající se schopnosti pečovatele poskytovat péči* (0,63). S váženým skóre 0,61 byl znak *zármutek ze změněného vztahu s příjemcem péče*. Se shodným závěrem váženého skóre (0,60) byly charakteristiky *obavy o členy rodiny* a *narušený vzorec spánku*. S nižším zastoupením váženého skóre byl znak popisující *stres* (0,59). Nejnižše ohodnoceným určujícím znakem byla *obava z možné institucionalizace příjemce péče* (0,54). 3 definující charakteristiky jsou z oblasti pečovatelských aktivit. 5 určujících znaků je z oblasti zdravotního stavu pečovatele, kdy 3 charakteristiky se týkají emocionálního stavu. 1 charakteristika je z oblasti vztahu pečovatele a příjemce péče. 1 určující znak je z oblasti procesů v rodině. Přehled všech vedlejších definujících charakteristik s podrobnější analýzou je znázorněn v tabulce 8 a příloze 18. Výčet nevýznamných určujících znaků je rozpracován v příloze 19 a na obrázku 8.

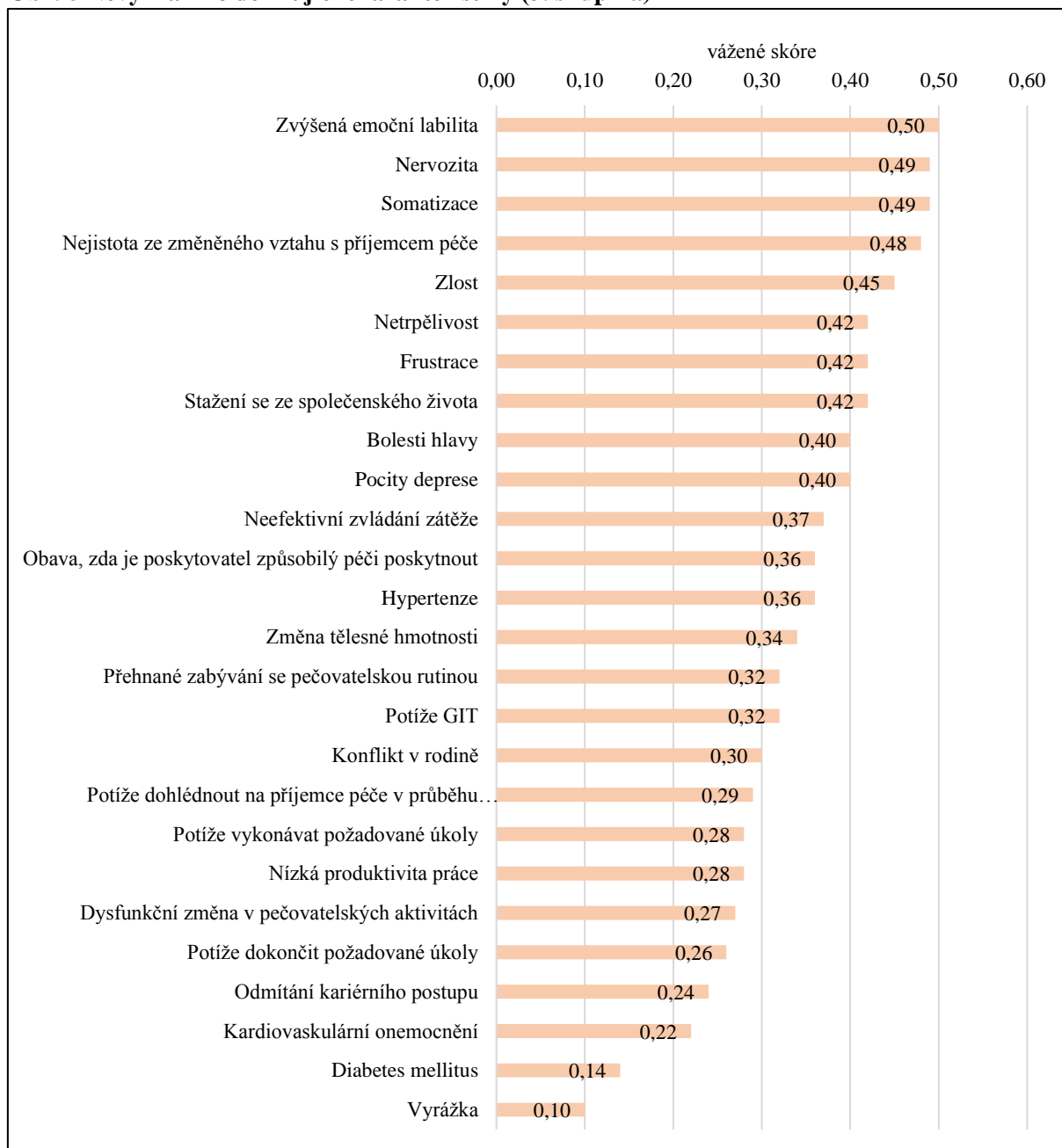
**Tab. 8 Vedlejší definující charakteristiky (3. skupina)**

Vedlejší určující znaky	vs	$\bar{x}$	SD
Nedostatek času naplňovat osobní potřeby	0,71	3,85	1,18
Změny ve volnočasových aktivitách	0,70	3,79	1,14
Obava z budoucnosti týkající se zdraví příjemce péče	0,70	3,79	1,19
Únava	0,65	3,61	1,13
Obava z budoucnosti týkající se schopnosti pečovatele poskytovat péči	0,63	3,50	1,19
Zármutek ze změněného vztahu s příjemcem péče	0,61	3,00	1,30
Obavy o členy rodiny	0,60	3,39	1,35
Narušený vzorec spánku	0,60	3,18	1,45
Stres	0,59	3,14	1,24
Obava z možné institucionalizace příjemce péče	0,54	3,17	1,42

vs – vážené skóre,  $\bar{x}$  – aritmetický průměr, SD – směrodatná odchylka

Zdroj definujících charakteristik: HERDMAN, R. H. 2013. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2012–2014 = Nursing diagnoses: definitions and classification: 2012–2014*. překl. Kudlová, Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8.

**Obr. 8 Nevýznamné definující charakteristiky (3. skupina)**

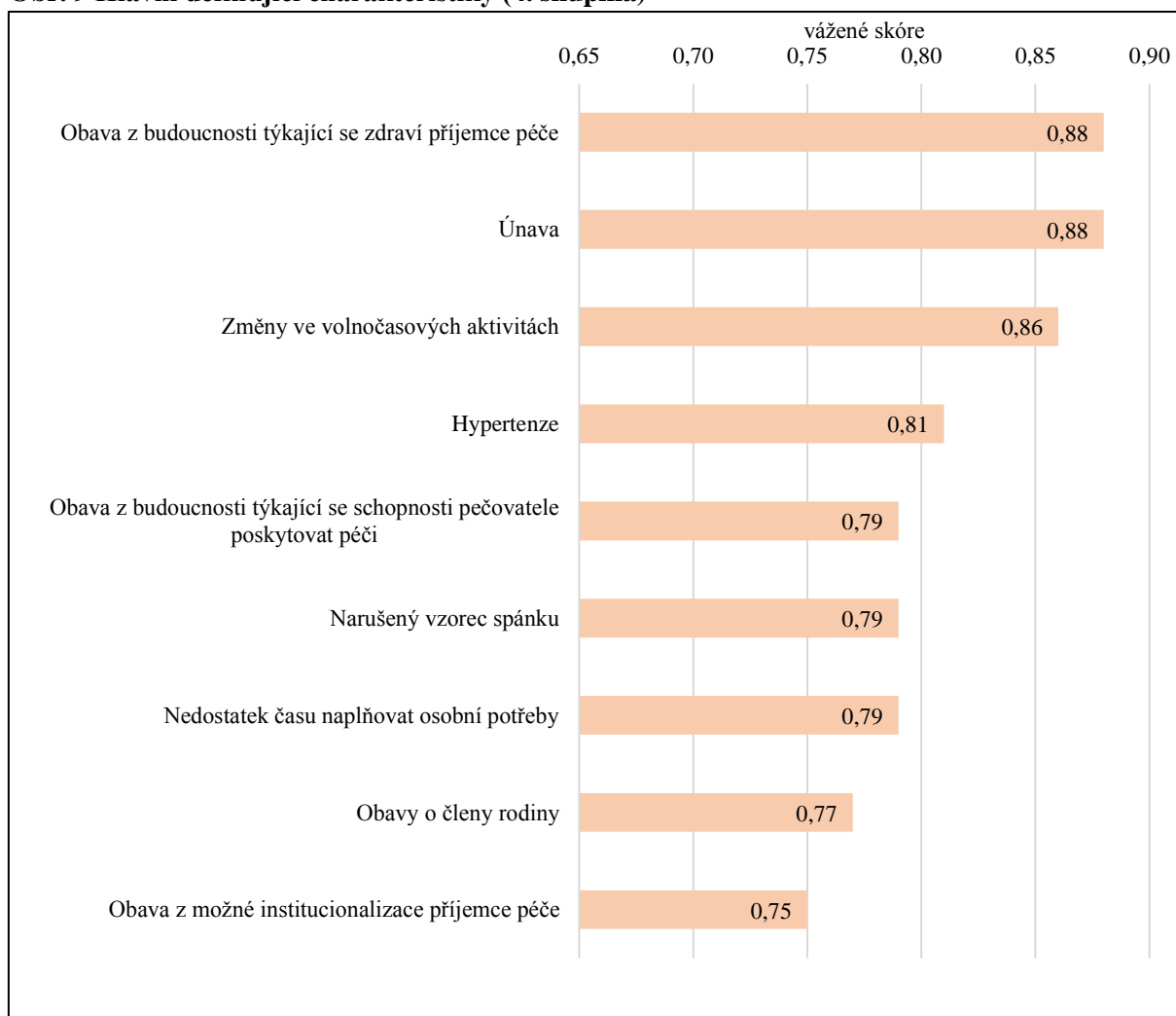


Zdroj definujících charakteristik: HERDMAN, R. H. 2013. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2012–2014 = Nursing diagnoses: definitions and classification: 2012–2014*. překl. Kudlová, Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8.

Nejméně zastoupený poslední soubor výzkumného vzorku ( $n = 12$ ) s identifikovanou **závažnou zátěží** uvedlo 9 hlavních významných definujících charakteristik. Se shodným váženým skóre 0,88 a průměrem 4,50 byly určeny znaky *obava z budoucnosti týkající se zdraví příjemce péče* (SD – 0,91) a *únava* (SD – 0,68). Třetí hlavní definující charakteristika byla *změny ve volnočasových aktivitách* s váženým skóre 0,86 (průměr – 4,42; SD – 1,17).

S váženým skóre 0,81 byla stanovena *hypertenze* (průměr – 4,25; SD – 1,55). Tři určující znaky se umístily s identickým váženým skóre 0,79: *obava z budoucnosti týkající se schopnosti pečovatele poskytovat péči* (průměr – 4,17; SD – 1,19), *narušený vzorec spánku* (průměr 4,17; SD – 1,27) a *nedostatek času naplňovat osobní potřeby* (průměr – 4,50; SD – 0,91). Následující definující charakteristika *obavy o člena/y rodiny* byla vyhodnocena váženým skóre 0,77 (průměr – 4,08; SD – 1,00). Nejnižší vážené skóre v této kategorii respondentů bylo u znaku *obava z možné institucionalizace příjemce péče* s hraniční hodnotou 0,75 (průměr – 4,00; SD – 1,20). 3 definující charakteristiky jsou z oblasti pečovatelských aktivit. 5 určujících znaků je z oblasti zdravotního stavu pečovatele a 1 znak je z oblasti procesů v rodině. Přehledný souhrn hlavních znaků je zobrazen v příloze 20 a na obrázku 9.

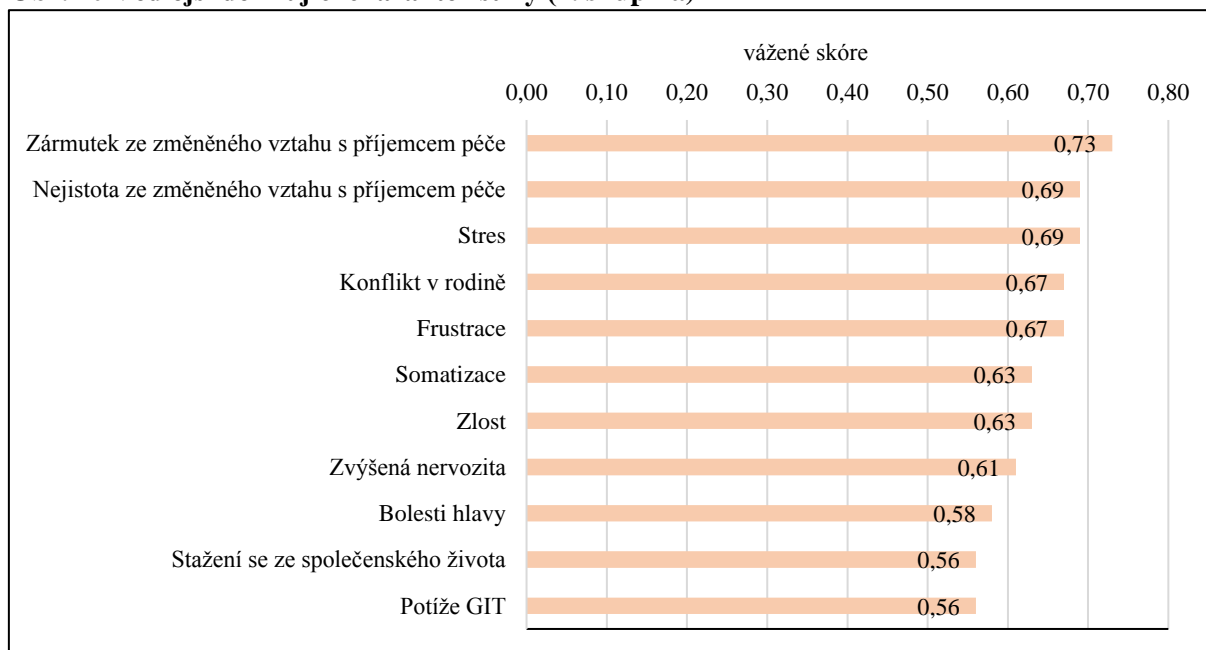
**Obr. 9 Hlavní definující charakteristiky (4. skupina)**



Zdroj definujících charakteristik: HERDMAN, R. H. 2013. *Ošetrovateľské diagnózy: definície & klasifikace: 2012–2014 = Nursing diagnoses: definitions and classification: 2012–2014*. překl. Kudlová, Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8.

Tento soubor respondentů stanovil 11 definujících charakteristik spadajících do kategorie vedlejších – méně významných určujících znaků. Nejvyšší vážené skóre 0,73 (průměr 3,92, SD – 1,38) bylo u charakteristiky *zármutek ze změněného vztahu s příjemcem péče*. Následují určující znaky s totožným váženým skóre 0,69 a průměrem 3,75: *nejistota ze změněného vztahu s příjemcem péče* (SD – 1,60) a *stres* (SD – 1,22). Další definující charakteristiky s identickou hodnotou váženého skóre 0,67 a aritmetickým průměrem 3,67 byly: *konflikt v rodině* (SD – 1,23) a *frustrace* (SD – 1,50). Ve stejném případě se umístily znaky: *somatizace* (SD – 1,45) a *zlost* (SD – 1,68) s váženým skóre 0,63 a průměrem 3,50. Následuje nervozita s hodnotou váženého skóre 0,61. Další určující znaky měly hodnoty váženého skóre okolo 0,50: *bolesti hlavy* (vs – 0,58), *stažení se ze společenského života* (vs - 0,56) a finální definující charakteristika *potíže s gastrointestinálním traktem* (vs – 0,56). 8 definujících charakteristik je z oblasti zdravotního stavu pečovatele, kdy z tohoto počtu 5 znaků souvisí s emocionálním stavem. 2 znaky se týkají vztahu pečovatele a příjemce péče a 1 znak je z oblasti procesů v rodině. Podrobná sumarizace je uvedena v příloze 21 a na obrázku 10. Nevýznamné určující znaky jsou znázorněny v tabulce 9 a příloze 22. S nejnižší hodnotou váženého skóre se umístily tyto charakteristiky: *vyrážka* (vs – 0,06) a *kardiovaskulární onemocnění* (vs – 0,15).

**Obr. 10 Vedlejší definující charakteristiky (4. skupina)**



Zdroj definujících charakteristik: HERDMAN, R. H. 2013. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2012–2014 = Nursing diagnoses: definitions and classification: 2012–2014*. překl. Kudlová, Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8.

**Tab. 9 Nevýznamné definující charakteristiky (4. skupina)**

Nevýznamné definující charakteristiky	vs	$\bar{x}$	SD
Zvýšená emoční labilita	0,50	3,00	1,96
Pocity deprese	0,48	2,92	1,31
Netrpělivost	0,42	2,67	1,44
Přehnané zabývání se pečovatelskou rutinou	0,42	2,67	1,56
Nízká produktivita práce	0,40	2,58	1,73
Neefektivní zvládnání zátěže	0,36	2,42	1,38
Změna tělesné hmotnosti	0,33	2,33	1,56
Dysfunkční změna v pečovatelských aktivitách	0,33	2,33	1,23
Potíže dokončit požadované úkoly	0,33	2,33	1,56
Obava, zda je poskytovatel způsobilý péči poskytnout	0,31	2,25	1,42
Diabetes mellitus	0,31	2,25	1,71
Potíže dohlédnout na příjemce péče v průběhu onemocnění	0,27	2,08	1,68
Odmítání kariérního postupu	0,23	1,92	1,68
Potíže vykonávat požadované úkoly	0,22	2,17	1,47
Kardiovaskulární onemocnění	0,15	1,58	1,38
Vyrážka	0,06	1,25	0,62

vs – vážené skóre,  $\bar{x}$  – aritmetický průměr, SD – směrodatná odchylka

Zdroj definujících charakteristik: HERDMAN, R. H. 2013. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2012–2014 = Nursing diagnoses: definitions and classification: 2012–2014*. překl. Kudlová, Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8.

### 5. 3 Ověření hypotéz

Podkapitola předkládá výpočty a deskripci závěrů vymezených statistických hypotéz zaměřených na klinickou validizaci ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele k 1. a 2. dílčímu cíli. Statistické hypotézy ověřují souvislosti mezi proměnnými. Testování hypotéz bylo realizováno na hladině významnosti  $\alpha$  0,05 a 0,01. Tato hodnota označuje pravděpodobnost neoprávněného zamítnutí nulové hypotézy. Pokud je p-hodnota analyzovaných dat nižší než zvolená hodnota pravděpodobnosti ( $\alpha$  0,05 a 0,01), je nulová hypotéza zamítnuta.

Statistické hypotézy byly testovány s využitím korelační analýzy. Míra korelace je znázorňována korelačním koeficientem. Koeficient určuje, jak těsná je asociace mezi proměnnými, a popisuje jejich sílu a směr vztahu. Korelační koeficient dosahuje hodnot + 1,0 do – 1,0. Vztah statistických znaků může být vzestupné nebo sestupné povahy. Pro 1., 2., 3., 4. a 5. hypotézu byla závislost mezi naměřenými proměnnými (UZ) vyjádřena Pearsonovým korelačním koeficientem (r). U ostatních hypotéz byl vztah proměnných (celkové CDV skóre, věk, délka pečování, vzdělání, míra zátěže) popsán neparametrickou metodou Spearmanovy

korelace. Výběr statistických metod je popsán v podkapitole 4.6 Metody statistického zpracování.

### **Ověřování 1. hypotézy**

$1H_0$  Neexistuje vztah mezi významnými definujícími charakteristikami ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I. u respondentů s identifikovanou zátěží.

$1H_A$  Existuje vztah mezi významnými definujícími charakteristikami ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I. u respondentů s identifikovanou zátěží.

Síla vztahu mezi validovanými významnými definujícími charakteristikami zvolené ošetrovatelské diagnózy byla vyjádřena hodnotou Pearsonova korelačního koeficientu ( $r$ ). Do korelační analýzy bylo zahrnuto 6 významných určujících znaků, které byly identifikovány u respondentů s prokázanou různou mírou zátěže ( $n = 227$ ). Vážené skóre definujících charakteristik bylo v rozmezí od 0,60 do 0,52. Jedná se o tyto určující znaky: *obava z budoucnosti týkající se zdraví příjemce péče, změny ve volnočasových aktivitách, únava, nedostatek času naplňovat osobní potřeby, obavy o členy rodiny a obava z budoucnosti týkající se schopnosti pečovatele poskytovat péči.*

Hodnoty koeficientu vykazovaly velmi slabou závislost v rozmezí  $0,20 > r \geq 0,00$  u dvou korelovaných dvojic: *změny ve volnočasových aktivitách / únava* ( $r = 0,1464$ ) a *únava / obava z budoucnosti týkající se schopnosti pečovatele poskytovat péči* ( $r = 0,1867$ ). Nízká síla vztahu  $0,40 > r \geq 0,20$  byla u dvojice znaků: *změny ve volnočasových aktivitách / nedostatek času naplňovat osobní potřeby* ( $r = 0,2280$ ) a *únava / nedostatek času naplňovat osobní potřeby* ( $r = 0,2621$ ). Nejnižší hodnotu bez prokázané souvislosti měla u definujících charakteristik *obava z budoucnosti týkající se zdraví příjemce péče / nedostatek času naplňovat osobní potřeby* ( $r = 0,0124$ ). Výčet hodnot všech korelačních koeficientů určujících znaků je uveden v tabulce 10. Dvojice znaků s prokázanou silou vztahu jsou označeny barevně dle zvolené hladiny významnosti.



**Tab. 10 Korelační analýza významných UZ**

Proměnná		UZ 3	UZ 28	UZ 11	UZ 24	UZ 35	UZ 2
UZ 3	r	1,0000	-0,0173	0,0972	0,0124	0,0469	0,0746
	p	---	0,796	0,145	0,853	0,483	0,264
UZ 28	r		1,0000	0,1464	0,2280	-0,0299	0,0470
	p		---	0,028	0,001	0,655	0,482
UZ 11	r			1,0000	0,2621	0,0929	0,1867
	p			---	0,000	0,164	0,005
UZ 24	r				1,0000	0,0324	0,0830
	p				---	0,628	0,214
UZ 35	r					1,0000	0,0618
	p					---	0,355
UZ 2	r						1,0000
	p						---

r – hodnota korelačního koeficientu; p – p-hodnota

Korelace je signifikantní na hladině významnosti 0,05 (modré hodnoty)

Korelace je signifikantní na hladině významnosti 0,01 (červené hodnoty)

Popis určujících znaků (UZ): UZ 3 – Obava z budoucnosti týkající se zdraví příjemce péče; UZ 28 – Změny ve volnočasových aktivitách; UZ 11 – Únava; UZ 24 – Nedostatek času naplňovat osobní potřeby; UZ 35 – Obavy o členy rodiny; UZ 2 – Obava z budoucnosti týkající se schopnosti pečovatele poskytovat péči

U třech dvojic významných určujících znaků byly zjištěny statisticky významné korelace na hladině významnosti  $\alpha = 0,01$ . Jedna dvojice znaků vykazovala statisticky významnou korelaci na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ . Proto lze zamítnout nulovou hypotézu  $1H_0$  a přijmout alternativní hypotézu  $1H_A$  o existenci vztahu mezi významnými definujícími charakteristikami ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele u respondentů s identifikovanou zátěží.

## Ověřování 2. hypotézy

$2H_0$  Neexistuje vztah mezi hlavními definujícími charakteristikami ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I. u skupiny respondentů s detekovanou střední až těžkou zátěží.

$2H_A$  Existuje vztah mezi hlavními definujícími charakteristikami ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I. u skupiny respondentů s detekovanou střední až těžkou zátěží.

Ze závěru šetření nevyplývaly žádné hlavní významné definující charakteristiky u tohoto souboru respondentů, proto hypotéza nebyla dále statisticky testována.

### Ověřování 3. hypotézy

3H<sub>0</sub> Neexistuje vztah mezi vedlejšími definujícími charakteristikami ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I. u skupiny respondentů s detekovanou střední až těžkou zátěží.

3H<sub>A</sub> Existuje vztah mezi vedlejšími definujícími charakteristikami ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I. u skupiny respondentů s detekovanou střední až těžkou zátěží.

Pearsonův korelační koeficient byl aplikován k detekování míry asociace mezi vedlejšími definujícími charakteristikami vybrané ošetrovatelské diagnózy u identifikované střední až těžké zátěže (3. skupina, n = 72). Soubor pro výpočet korelace byl tvořen 10 méně významnými určujícími znaky s váženým skóre v rozsahu 0,71–0,54: *obava z budoucnosti týkající se schopnosti pečovatele poskytovat péči; obava z budoucnosti týkající se zdraví příjemce péče; obava z možné institucionalizace příjemce péče; únava; narušený vzorec spánku; nedostatek času naplnovat osobní potřeby; stres; změny ve volnočasových aktivitách; zármutek ze změněného vztahu s příjemcem péče a obavy o členy rodiny.*

Nejnižší hodnotu korelačního koeficientu  $r$  bez prokázaného vztahu získala dvojice definujících charakteristik: *obava z možné institucionalizace příjemce péče / změny ve volnočasových aktivitách* ( $r = -0,0044$ ). Nízká pozitivní korelace v rozmezí  $0,40 > r \geq 0,20$  byla stanovena u pěti dvojic vedlejších určujících znaků: *obava z budoucnosti týkající se schopnosti pečovatele poskytovat péči / obava z možné institucionalizace příjemce péče* ( $r = 0,3021$ ); *obava z budoucnosti týkající se schopnosti pečovatele poskytovat péči / změny ve volnočasových aktivitách* ( $r = 0,2660$ ); *obava z budoucnosti týkající se zdraví příjemce péče / obava z možné institucionalizace příjemce péče* ( $r = 0,3317$ ); *únava / změny ve volnočasových aktivitách* ( $r = 0,3844$ ) a *únava / obavy o členy rodiny* ( $r = 0,2848$ ). Podstatné závislosti byly zjištěny u dvou dvojic definujících charakteristik v rozsahu  $0,70 > r \geq 0,40$ : *obava z budoucnosti týkající se schopnosti pečovatele poskytovat péči / obava z budoucnosti týkající se zdraví příjemce péče* ( $r = 0,6854$ ) a *únava / stres* ( $r = 0,4041$ ). Přehled závěrů korelační analýzy vedlejších určujících znaků (3. skupina) ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele je znázorněn v tabulce 11.

**Tab. 11 Korelační analýza vedlejších UZ (3. skupina)**

Proměnná		UZ 2	UZ 3	UZ 4	UZ 11	UZ 18	UZ 24	UZ 27	UZ 28	UZ 33	UZ 35
UZ 2	r	1,0000	0,6854	0,3021	0,0838	-0,0397	0,2004	0,0829	0,2660	0,0806	0,1144
	P	---	0,000	0,010	0,484	0,741	0,092	0,489	0,024	0,501	0,339
UZ 3	r		1,0000	0,3317	0,0856	-0,0838	0,1982	0,1289	0,1866	0,0831	0,0250
	P		---	0,004	0,475	0,484	0,095	0,281	0,117	0,488	0,835
UZ 4	r			1,0000	-0,0469	0,0476	-0,0504	-0,0955	-0,0044	0,0604	0,1502
	P			---	0,696	0,691	0,674	0,425	0,971	0,614	0,208
UZ 11	r				1,0000	0,1187	0,1751	0,4041	0,3844	0,1206	0,2848
	P				---	0,321	0,141	0,000	0,001	0,313	0,015
UZ 18	r					1,0000	0,0497	0,0285	-0,0533	0,0497	0,0317
	P					---	0,679	0,812	0,656	0,678	0,791
UZ 24	r						1,0000	0,1217	0,2066	0,0367	0,2279
	P						---	0,309	0,082	0,759	0,054
UZ 27	r							1,0000	0,1395	0,1097	0,1626
	P							---	0,243	0,359	0,172
UZ 28	r								1,0000	-0,0127	0,1729
	P								---	0,915	0,146
UZ 33	r									1,0000	-0,0143
	P									---	0,905
UZ 35	r										1,0000
	P										---

r – hodnota korelačního koeficientu; p – p-hodnota

Korelace je signifikantní na hladině významnosti 0,05 (modré hodnoty)

Korelace je signifikantní na hladině významnosti 0,01 (červené hodnoty)

Popis určujících znaků (UZ): UZ 2 – Obava z budoucnosti týkající se schopnosti pečovatele poskytovat péči; UZ 3 – Obava z budoucnosti týkající se zdraví příjemce péče; UZ 4 – Obava z možné institucionalizace příjemce péče; UZ 11 – Únava; UZ 18 – Narušený vzorec spánku; UZ 24 – Nedostatek času naplňovat osobní potřeby; UZ 27 – Stres; UZ 28 – Změny ve volnočasových aktivitách; UZ 33 – Zármutek ze změněného vztahu s příjemcem péče; UZ 35 – Obavy o členy rodiny

Mezi čtyřmi dvojicemi vedlejších definujících charakteristik (3. skupina) byly zjištěny statisticky významné korelace na hladině významnosti  $\alpha = 0,01$ . U třech dvojic znaků byly statisticky významné korelace na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ . Proto lze zamítnout nulovou hypotézu  $3H_0$  a přijmout alternativní hypotézu  $3H_A$  o existenci vztahu mezi vedlejšími definujícími charakteristikami ošetřovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele u skupiny respondentů s detekovanou střední až těžkou zátěží.

#### Ověřování 4. hypotézy

$4H_0$  Neexistuje vztah mezi hlavními definujícími charakteristikami ošetřovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I. u skupiny respondentů s detekovanou závažnou zátěží.

4H<sub>A</sub> Existuje vztah mezi hlavními definujícími charakteristikami ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I. u skupiny respondentů s detekovanou závažnou zátěží.

Korelační analýza Spearmanovým koeficientem byla realizována u devíti hlavních definujících charakteristik zvolené ošetrovatelské diagnózy u souboru respondentů s diagnostikovanou závažnou zátěží (4. skupina, n = 12). Soubor pro výpočet korelace byl tvořen určujícími znaky s váženým skóre  $\geq 0,75$ : *obava z budoucnosti týkající se schopnosti pečovatele poskytovat péči; obava z budoucnosti týkající se zdraví příjemce péče; obava z možné institucionalizace příjemce péče; únava; hypertenze; narušený vzorec spánku; nedostatek času naplňovat osobní potřeby; změny ve volnočasových aktivitách a obavy o členy rodiny*. Nejnižší hodnota korelačního koeficientu r bez naprosté závislosti byla u dvojice charakteristik: *obava z budoucnosti týkající se zdraví příjemce péče / hypertenze* (r = -0,0608). Střední závislost byla zjištěna u jedné dvojice určujících znaků: *obava z budoucnosti týkající se schopnosti pečovatele poskytovat péči / obavy o členy rodiny* (r = 0,6398). Vysoká pozitivní korelace byla detekována u třech dvojic významných charakteristik v rozmezí  $0,90 > r \geq 0,70$ : *obava z budoucnosti týkající se schopnosti pečovatele poskytovat péči / únava* (r = 0,7084); *obava z budoucnosti týkající se zdraví příjemce péče / obava z možné institucionalizace příjemce péče* (r = 0,7412) a *obava z možné institucionalizace příjemce péče / obavy o členy rodiny* (r = 0,7371). Souhrn všech hodnot korelací k hlavním definujícím charakteristikám u souboru respondentů s prokázanou závažnou zátěží je vyjádřen v tabulce 12.

**Tab. 12 Korelační analýza hlavních UZ (4. skupina)**

proměnná		UZ 2	UZ 3	UZ 4	UZ 11	UZ 14	UZ 18	UZ 24	UZ 28	UZ 35
UZ 2	r	1,0000	0,3502	0,3394	0,7084	0,4314	0,2713	-0,0778	0,1507	0,6398
	p	---	0,291	0,307	0,015	0,185	0,420	0,820	0,658	0,034
UZ 3	r		1,0000	0,7412	0,2689	-0,0608	0,2083	0,0833	0,1049	0,5352
	p		---	0,009	0,424	0,859	0,539	0,808	0,759	0,090
UZ 4	r			1,0000	0,2924	0,2139	0,3808	0,1275	0,0926	0,7371
	p			---	0,383	0,528	0,248	0,709	0,787	0,010
UZ 11	r				1,0000	0,3716	0,2555	-0,1981	-0,0987	0,5818
	p				---	0,260	0,448	0,559	0,773	0,060
UZ 14	r					1,0000	0,2000	-0,3282	0,1695	0,0625
	p					---	0,555	0,324	0,618	0,855
UZ 18	r						1,0000	0,3502	0,1699	0,3599
	p						---	0,291	0,617	0,277
UZ 24	r							1,0000	0,3712	0,0000
	p							---	0,261	1,00
UZ 28	r								1,0000	0,0829
	p								---	0,808
UZ 35	r									1,0000
	p									---

r – hodnota korelačního koeficientu; p – p-hodnota

Korelace je signifikantní na hladině významnosti 0,05 (modré hodnoty)

Korelace je signifikantní na hladině významnosti 0,01 (červené hodnoty)

Popis určujících znaků (UZ): UZ 2 – Obava z budoucnosti týkající se schopnosti pečovatele poskytovat péči; UZ 3 – Obava z budoucnosti týkající se zdraví příjemce péče; UZ 4 – Obava z možné institucionalizace příjemce péče; UZ 11 – Únava; UZ 14 - Hypertenze; UZ 18 – Narušený vzorec spánku; UZ 24 – Nedostatek času naplňovat osobní potřeby; UZ 28 – Změny ve volnočasových aktivitách; UZ 35 – Obavy o členy rodiny

Mezi jednou dvojicí hlavních určujících znaků zvolené ošetrovatelské diagnózy byla zjištěna statisticky významná korelace na hladině významnosti  $\alpha = 0,01$ . U třech dvojic znaků byly statisticky významné korelace na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ . Proto lze zamítnout nulovou hypotézu  $H_0$  a přijmout alternativní hypotézu  $H_A$  o existenci vztahu mezi hlavními definujícími charakteristikami ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele u skupiny respondentů s detekovanou závažnou zátěží.

### Ověřování 5. hypotézy

$5H_0$  Neexistuje vztah mezi vedlejšími definujícími charakteristikami ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I. u skupiny respondentů s detekovanou závažnou zátěží.

$5H_A$  Existuje vztah mezi vedlejšími definujícími charakteristikami ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I. u skupiny respondentů s detekovanou závažnou zátěží.

Spearmanova korelace byla realizována u méně významných určujících znaků zvolené ošetrovatelské diagnózy *Zátěž v roli pečovatele* u souboru respondentů se závažnou zátěží (4. skupina,  $n = 12$ ). Pro korelační analýzu bylo využito jedenáct vedlejších charakteristik, tj. 55 dvojic s vypočítanou hodnotou váženého skóre od 0,73 do 0,56: *potíže GIT*; *bolesti hlavy*; *zlost*; *frustrace*; *zvýšená nervozita*; *somatizace*; *stres*; *stažení se ze společenského života*; *zármutek ze změněného vztahu s příjemcem péče*; *nejistota ze změněného vztahu s příjemcem péče* a *konflikt v rodině*. Nejnižší hodnota korelačního koeficientu byla u dvojice znaků: *stres / konflikt v rodině* ( $r = -0,0559$ ). Střední pozitivní korelace byla zjištěna u třech dvojic znaků: *bolesti hlavy / zlost* ( $r = 0,6089$ ); *bolesti hlavy / stres* ( $r = 0,6686$ ) a *zvýšená nervozita / somatizace* ( $r = 0,6661$ ). Střední negativní (opačná) závislost byla identifikována u jedné dvojice charakteristik, a to *zvýšená nervozita / stažení se ze společenského života* ( $r = -0,6812$ ). Střední korelace je vyjádřena koeficientem v rozmezí  $0,70 > r \geq 0,40$ . Vysoká míra závislosti byla detekována u šestnácti charakteristik v rozmezí  $0,90 > r \geq 0,70$ : *bolesti hlavy / somatizace* ( $r = 0,8457$ ); *zlost / frustrace* ( $r = 0,8173$ ); *zlost / zvýšená nervozita* ( $r = 0,8444$ ); *zlost / somatizace* ( $r = 0,8071$ ); *zlost / stres* ( $r = 0,7584$ ); *frustrace / zvýšená nervozita* ( $r = 0,8325$ ); *frustrace / somatizace* ( $r = 0,7320$ ); *frustrace / stres* ( $r = 0,8900$ ); *frustrace / zármutek ze změněného vztahu s příjemcem péče* ( $r = 0,8553$ ); *frustrace / nejistota ze změněného vztahu s příjemcem péče* ( $r = 0,7374$ ); *zvýšená nervozita / stres* ( $r = 0,7738$ ); *zvýšená nervozita / zármutek ze změněného vztahu s příjemcem péče* ( $r = 0,8254$ ); *zvýšená nervozita / nejistota ze změněného vztahu s příjemcem péče* ( $r = 0,8394$ ); *somatizace / stres* ( $r = 0,8940$ ); *stres / zármutek ze změněného vztahu s příjemcem péče* ( $r = 0,8246$ ) a *stres / nejistota ze změněného vztahu s příjemcem péče* ( $r = 0,7689$ ). Velmi silná korelace v rozmezí  $1,00 > r \geq 0,90$  byla u dvojice znaků: *zármutek ze změněného vztahu s příjemcem péče / nejistota ze změněného vztahu s příjemcem péče* ( $r = 0,9505$ ). Kompletní výsledky korelační analýzy vedlejších definujících charakteristik (4. skupina) jsou uvedeny v tabulce 13.

**Tab. 13 Korelační analýza vedlejších UZ (4. skupina)**

	UZ 12	UZ 13	UZ 17	UZ 19	UZ 22	UZ 26	UZ 27	UZ 31	UZ 33	UZ 34	UZ 36
UZ 12 r	1,0000	0,4052	0,3614	0,3133	0,2073	0,4260	0,3869	0,1602	0,1655	0,2044	0,4936
p	---	0,216	0,275	0,348	0,541	0,191	0,240	0,638	0,627	0,547	0,123
UZ 13 r		1,0000	0,6089	0,4352	0,2986	0,8457	0,6686	0,3034	0,1650	0,0987	-0,3666
p		---	0,047	0,181	0,373	0,001	0,025	0,364	0,628	0,773	0,267
UZ 17 r			1,0000	0,8173	0,8444	0,8071	0,7584	-0,3399	0,5636	0,5012	-0,0576
p			---	0,002	0,001	0,003	0,007	0,306	0,071	0,116	0,866
UZ 19 r				1,0000	0,8325	0,7320	0,8900	-0,4376	0,8553	0,7374	0,0944
p				---	0,001	0,010	0,000	0,178	0,001	0,010	0,782
UZ 22 r					1,0000	0,6661	0,7738	-0,6812	0,8254	0,8394	0,1105
p					---	0,025	0,005	0,021	0,002	0,001	0,746
UZ 26 r						1,0000	0,8940	-0,0631	0,5350	0,5023	-0,2979
p						---	0,000	0,854	0,090	0,115	0,374
UZ 27 r							1,0000	-0,2036	0,8246	0,7689	-0,0559
p							---	0,548	0,002	0,006	0,870
UZ 31 r								1,0000	-0,5029	-0,5690	-0,2446
p								---	0,115	0,068	0,468
UZ 33 r									1,0000	0,9505	0,2222
p									---	0,000	0,511
UZ 34 r										1,0000	0,2373
p										---	0,482
UZ 36 r											1,0000
p											---

r – hodnota korelačního koeficientu; p – p-hodnota

Korelace je signifikantní na hladině významnosti 0,05 (modré hodnoty)

Korelace je signifikantní na hladině významnosti 0,01 (červené hodnoty)

Popis určujících znaků (UZ): UZ 12 – Potíže GIT; UZ 13 – Bolesti hlavy; UZ 17 – Zlost; UZ 19 – Frustrace; UZ 22 – Zvýšená nervozita; UZ 26 – Somatizace; UZ 27 – Stres; UZ 31 – Stažení se ze společenského života; UZ 33 – Žármutek ze změněného vztahu s příjemcem péče; UZ 34 – Nejistota ze změněného vztahu s příjemcem péče; UZ 36 – Konflikt v rodině

Mezi patnácti dvojicemi méně významných určujících znaků (4. skupina) byly zjištěny statisticky významné korelace na hladině významnosti  $\alpha = 0,01$ . U šesti dvojic znaků byly stanoveny statisticky významné korelace na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ . Proto lze zamítnout nulovou hypotézu  $H_0$  a přijmout alternativní hypotézu  $H_A$  o existenci vztahu mezi vedlejšími definujícími charakteristikami ošetřovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele u skupiny respondentů s detekovanou závažnou zátěží.

### Ověřování 6. hypotézy

$6H_0$  Neexistuje vztah mezi věkem rodinného pečovatele a celkovým CDV skóre ošetřovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I.

6H<sub>A</sub> Existuje vztah mezi věkem rodinného pečovatele a celkovým CDV skóre ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I.

Závislost síly dvou proměnných (věk, celkové CDV skóre) byla testována neparametrickým koeficientem korelace – Spearmanovým koeficientem pořadové korelace ( $r_{sp}$ ). Hodnota Spearmanova koeficientu mezi věkem a CDV skóre nepotvrdila statistickou významnost ( $r_{sp} = 0,033$ ;  $p > 0,05$ ). Hodnoty korelační analýzy jsou uvedeny v tabulce 14.

**Tab. 14 Hodnoty korelace věku a celkového CDV skóre**

Dvojice proměnných	$r_{sp}$	p	$\alpha$
věk a CDV	0,033	0,581	0,05

$r_{sp}$  – Spearmanův korelační koeficient; p – p-hodnota;  $\alpha$  – hladina významnosti

Hypotéza 6H nebyla potvrzena a lze přijmout nulovou hypotézu 6H<sub>0</sub> o neexistenci vztahu mezi věkem rodinného pečovatele a celkovým CDV skóre ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele (s narůstajícím věkem rodinného pečovatele se nezvyšuje hodnota celkového CDV skóre ošetrovatelské diagnózy).

### Ověřování 7. hypotézy

7H<sub>0</sub> Neexistuje vztah mezi délkou péče o příbuzného a celkovým CDV skóre ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I.

7H<sub>A</sub> Existuje vztah mezi délkou péče o příbuzného a celkovým CDV skóre ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I.

Korelační analýza za využití Spearmanova korelačního koeficientu byla realizována u dvojice proměnných: celkové CDV skóre / délka pečování. Korelační koeficient  $r_{sp}$  mezi proměnnými neprokázal statistickou významnost ( $r_{sp} = -0,054$ ;  $p > 0,05$ ). Přehled všech hodnot je prezentován v tabulce 15.

**Tab. 15 Hodnoty korelace délky pečování a celkového CDV skóre**

Dvojice proměnných	$r_{sp}$	p	$\alpha$
délka pečování a CDV	-0,054	0,415	0,05

$r_{sp}$  – Spearmanův korelační koeficient; p – p-hodnota;  $\alpha$  – hladina významnosti



Hypotéza 7H nebyla potvrzena a lze přijmout nulovou hypotézu  $7H_0$  o neexistenci vztahu mezi délkou péče o příbuzného a celkovým CDV skóre ošetřovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele (s prodlužující se délkou pečování o příbuzného se nezvyšuje hodnota celkového CDV skóre ošetřovatelské diagnózy).

### **Ověřování 8. hypotézy**

$8H_0$  Neexistuje vztah mezi vzděláním rodinného pečovatele a celkovým CDV skóre ošetřovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I.

$8H_A$  Existuje vztah mezi vzděláním rodinného pečovatele a celkovým CDV skóre ošetřovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I.

Míra statistické souvislosti testovaných proměnných (vzdělání a celkové CDV skóre) byla ověřována korelačním koeficientem ( $r_{sp}$ ). Vypočítaná hodnota Spearmanovy korelace nepotvrdila statistickou významnost mezi testovanou dvojicí proměnných ( $r_{sp} = -0,099$ ;  $p > 0,05$ ). Tabulka 16 předkládá výsledky korelace.

**Tab. 16 Hodnoty korelace vzdělání a celkového CDV skóre**

Dvojice proměnných	$r_{sp}$	p	$\alpha$
vzdělání a CDV	-0,099	0,108	0,05

$r_{sp}$  – Spearmanův korelační koeficient; p – p-hodnota;  $\alpha$  – hladina významnosti

Hypotéza 8H nebyla potvrzena a lze přijmout nulovou hypotézu  $8H_0$  o neexistenci vztahu mezi vzděláním rodinného pečovatele a celkovým CDV skóre ošetřovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele (se zvyšujícím se vzděláním nevzrůstá hodnota celkového CDV skóre ošetřovatelské diagnózy).

### **Ověřování 9. hypotézy**

$9H_0$  Neexistuje vztah mezi mírou zátěže rodinného pečovatele a celkovým CDV skóre ošetřovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I.

$9H_A$  Existuje vztah mezi mírou zátěže rodinného pečovatele a celkovým CDV skóre ošetřovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I.

Vzájemný vztah stanovených proměnných (skóre zátěže a celková CDV hodnota) byl testován koeficientem pořadové korelace. Vypočítaná hodnota ( $r_{sp}$ ) potvrdila statistickou významnost mezi skóre zátěže a celkovou CDV hodnotou ( $r_{sp} = 0,639$ ;  $p < 0,05$ ). V tabulce 17 jsou uvedeny výsledky korelované dvojice proměnných.

**Tab. 17 Hodnoty korelace skóre zátěže a celkového CDV skóre**

Dvojice proměnných	$r_{sp}$	p	$\alpha$
skóre zátěže a CDV	0,639	0,000	0,05

$r_{sp}$  – Spearmanův korelační koeficient; p – p-hodnota;  $\alpha$  – hladina významnosti

Hypotéza  $9H$  byla potvrzena a lze zamítnout nulovou hypotézu  $9H_0$  a přijmout alternativní hypotézu  $9H_A$  o existenci vztahu mezi mírou zátěže rodinného pečovatele a celkovým CDV skóre ošetřovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele (se zvyšující se mírou zátěže vzrůstá hodnota celkového CDV skóre ošetřovatelské diagnózy).

## 6 DISKUZE

Do výzkumného šetření, které se zaměřovalo na ověření definujících charakteristik vedoucích k ošetřovatelské diagnóze zátěže rodinných pečovatelů, bylo zahrnuto 277 rodinných pečovatelů. Respondenti-rodinní pečovatelé byli převážně ženského pohlaví (84,5 %; n = 243) s průměrným věkem 54 let. Nejvíce respondentů se pohybovalo ve věkovém rozmezí 46–60 let (39,7 %; n = 110) a poté následovali pečovatelé od 61 do 75 let (30,7 %; n = 85). Nejméně zastoupenou skupinou rodinných pečovatelů byli respondenti ve věku od 76 let (5,1 %; n = 14). Respondenti byli převážně středoškolského vzdělání (42,2 %; n = 117) a poté následovala skupina pečovatelů s vyučením v oboru (24,2 %; n = 67). Průměrná délka péče pečující osoby byla 5,5 let a nejčastěji byla péče poskytována rodičům (40,1 %, n = 111) a manželům (21,7 %, n = 60). Soubor respondentů-rodinných pečovatelů vykazoval různou míru identifikované zátěže od minimální po závažnou zátěž. Nejfrekventovaněji byla diagnostikována skupina s mírnou až střední zátěží (51,6 %, n = 143) a poté soubor respondentů s detekovanou střední až těžkou zátěží (26 %, n = 72). Nejméně zastoupenou skupinou byli pečovatelé se závažnou zátěží (4,3 %, n = 12).

Hodnota celkového CDV skóre zkoumané ošetřovatelské diagnózy byla pouze 0,53 u všech respondentů a 0,55 u rodinných pečovatelů s prokázanou zátěží. Oproti brazilské studii autorek Rueda Diaz, Monteiro da Cruz, E Silva (2016, s. 284) byla ošetřovatelská diagnóza zátěže vyhodnocena celkovou mírou validity 0,79. Dle autora Fehringa (1986) nízká hodnota celkového skóre validity (< 0,6) vypovídá o potřebě dalších studií k vybrané ošetřovatelské diagnóze. Rozdílné hodnoty celkového skóre validity v tomto výzkumném šetření a uvedeném brazilském výzkumu jsou pravděpodobně zapříčiněny odlišným metodologickým přístupem. Brazilská studie využila retrospektivní model validity diagnostického obsahu u sester-expertek k hodnocení významu definujících charakteristik k vybrané ošetřovatelské diagnóze. V disertační práci je vybrán prospektivní přístup klinické validizace, kdy jsou informace k relevanci charakteristických znaků získávány přímo od pacientů s příslušnou ošetřovatelskou diagnózou.

Z vyhledaných studií (Tabaková, Zeleníková, Kolegárová, 2011, s. 29–30; Zeleníková, Kolegárová, Kozáková, 2011, s. 410; Tabaková, 2009, s. 379; Rueda Diaz, Monteiro da Cruz, E Silva, 2016, s. 284) zaměřujících se na obsahovou validizaci definujících charakteristik zkoumané ošetřovatelské diagnózy zátěže u sester-expertů bylo zjištěno, že některé významné určující znaky byly shodně definovány i v této výzkumné studii rodinnými pečovateli. Totožně

potvrzenými významnými určujícími znaky byly: *narušený vzorec spánku; únava; nedostatek času naplňovat osobní potřeby; stres; obava z budoucnosti týkající se schopnosti pečovatele poskytovat péči a obavy o členy rodiny*. Shoda v definování charakteristických určujících znaků pro zátěž rodinného pečovatele byla u studií autorek Zeleníkové, Kolegárové a Kozákové (2011, s. 410), autorky Tabakové (2009, s. 379) a autorského kolektivu Rueda Diaz, Monteiro da Cruz, E Silva (2016, s. 284) dále ve znacích: *obava z budoucnosti týkající se zdraví příjemce péče; frustrace; zvýšená nervozita; obava z možné institucionalizace příjemce péče; somatizace; změny ve volnočasových aktivitách; stažení se ze společenského života; nejistota ze změněného vztahu příjemcem péče; zármutek ze změněného vztahu s příjemcem péče; vztek a hypertenze*. Definující charakteristika vyjadřující *obavy z budoucnosti týkající se zdraví příjemce péče* byla vyhodnocena jako relevantní a označena všemi respondenty s mírou zátěže od mírné po závažnou zátěž. V tomto validizačním šetření byl také potvrzen konsenzus významných určujících znaků mezi slovenskou studií autorky Tabakové (2009, s. 379) a brazilskou studií (Rueda Diaz, Monteiro da Cruz, E Silva, 2016, s. 284) v definujících charakteristikách prezentujících *konflikt v rodině, bolesti hlavy a potíže s gastrointestinálním traktem*. Shodně uvedené určující znaky většinou reflektují zdraví pečovatele a jsou v disertační práci uváděny respondenty s diagnostikovanou závažnou zátěží.

V klinických validizačních studiích autorek Kolegárové a Zeleníkové (2011, s. 284) a Zeleníkové, Kozákové a Jarošové (2014, s. 83) zaměřujících se na zjišťování informací přímo od rodinných pečovatelů byl zjištěn soulad v definující charakteristice reflektující *obavy z budoucnosti týkající se zdraví příjemce péče*, která byla vnímána u všech respondentů s identifikovanou zátěží. Tato definující charakteristika prezentující oblast pečovatelských aktivit byla také uvedena u výše zmíněných obsahových validizačních studií provedených na sestřích-expertech (Zeleníková, Kolegárová a Kozáková, 2011, s. 410; Tabaková, 2009, s. 379). Charakteristický byl určující znak definující *změny ve volnočasových aktivitách rodinných pečovatelů s diagnostikovanou zátěží*, kde byla shoda doložena výsledkem studie autorek Kolegárové, Zeleníkové (2011, s. 284), Zeleníkové, Kozákové a Jarošové (2014, s. 83) a autorek Souza Oliveira et al. (2013, s. 220). U kategorie respondentů se střední a závažnou zátěží byl soulad dále zjištěn u těchto znaků: *obava z možné institucionalizace příjemce péče; obavy z budoucnosti týkající se schopnosti pečovatele poskytovat péči; zármutek ze změněného vztahu s příjemcem péče; konflikt v rodině; nejistota ze změněného vztahu s příjemcem péče; obavy o členy rodiny; změněný vzorec spánku; stres* (Zeleníková, Kozáková a Jarošová, 2014, s. 83). Poslední tři určující znaky byly totožné také s výsledky výzkumu autorek Souza Oliveira et al. (2013, s. 220) včetně znaků projevujících se *stažením se ze společenského života, zvýšenou*

*nervozitou a nedostatkem času naplňovat osobní potřeby* (Zeleníková, Kozáková, Jarošová, 2014, s. 83). Další významné znaky ve výzkumném šetření se shodují se studií autorek Kolegárové, Zeleníkové (2011), které se týkaly *hypertenze, somatizace a frustrace*. S autorským kolektivem Zeleníkové, Kozákové, Jarošové (2014, s. 83) je identický závěr významné definující charakteristiky popisující *únavu*. Vysoké hodnoty senzitivity vykazovaly určující znaky *stažení se ze společenského života* (93,55 %) a *změny ve volnočasových aktivitách* (93,55 %) u pečovatelských poskytovatelů péči blízké osobě po iktu. Tyto definující charakteristiky mohou být považovány za varovné příznaky pro budoucí výskyt diagnózy. Definující charakteristika *nedostatek času naplňovat osobní potřeby* měla vysokou pozitivní prediktivní hodnotu (88,46 %) dokládající velkou pravděpodobnost výskytu ošetřovatelské diagnózy u členů rodiny pečujících o blízkou osobu po cévní mozkové příhodě (Souza Oliveira et al., 2013, s. 220). Studie zaměřující se na neprofesionální pečovatele poskytující péči blízké osobě s chronickou bolestí zjišťovala výskyt vybraných diagnostických indikátorů zkoumané ošetřovatelské diagnózy. Z 10 určujících znaků bylo identifikováno devět, nejčastěji se jednalo o znaky popisující *pocity deprese a obtíže při vykonávání některých úkolů péče* (Monteiro da Cruz, 2004, s. 11), které byly v disertační práci vyhodnoceny jako nepodstatné charakteristiky.

Závěry vyhledaných validizačních studií se shodují s výsledky disertační práce, z nichž vyplývá, že ne všechny definující charakteristiky jsou významné pro stanovení ošetřovatelské diagnózy *Zátěž v roli pečovatele*. Studie klinické i obsahové validizace se shodují s výzkumem této práce, kde je rozpoznáno celkem 20 charakteristických určujících znaků popisujících oblast pečovatelských aktivit (3 – *obavy pečovatele vztahující se ke schopnosti poskytovat péči; obavy týkající se zdraví příjemce péče; obavy z institucionalizace příjemce péče*), zdravotní stav pečovatele v somatické sféře (4 – *únava; gastrointestinální potíže; bolesti hlavy a hypertenze*), v emocionální sféře (7 – *zlost; narušený vzorec spánku; frustrace; nervozita; nedostatek času naplňovat osobní potřeby; somatizace a stres*), v socioekonomické sféře (2 – *změny ve volnočasových aktivitách; stažení se ze společenského života*), určující znaky týkající se vztahu pečovatele a příjemce péče (2 – *zármutek a nejistota ze změněného vztahu s příjemcem péče*) a procesů v rodině (2 – *obavy o členy rodiny; konflikt v rodině*).

Rozpoznané nevýznamné definující charakteristiky projevující se *vyrážkou* (Tabaková, 2009, s. 379; Rueda Diaz, Monteiro da Cruz, E Silva, 2016, s. 285); *změnou tělesné hmotnosti* (Souza Oliveira et al., 2013, s. 220) a *diabetem mellitem* byly totožné se závěry vyhledaných validizačních studií (Tabaková, Zeleníková, Kolegárová, 2011, s. 30; Zeleníková, Kolegárová, Kozáková, 2011, s. 410; Kolegárová, Zeleníková, 2011, s. 285; Zeleníková, Kozáková, Jarošová, 2014, s. 84). I v této disertační práci byl znak popisující *vyrážku* vyhodnocen nejnižší

hodnotou váženého skóre. Komparace výsledků výzkumné studie realizující obsahovou validizaci zátěže pečovatele u všeobecných sester-expertek (Zeleníková, Kolegárová, Kozáková, 2011, s. 410) s výsledky validizace disertační práce identifikovala shodu také v detekovaném nevýznamném znaku popisujícím *obavy ze způsobilosti poskytovat péči pečovatelem*.

Porovnáním studií klinických validizací (Kolegárová, Zeleníková, 2011, s. 85; Zeleníková, Kozáková, Jarošová, 2014, s. 84) s touto výzkumnou prací byla prokázána jednotnost nevýznamných znaků vyjadřujících oblast zdravotního stavu pečovatele: *odmítání kariérního postupu* (Souza Oliveira et al., 2013, s. 220); *neefektivní zvládnutí zátěže*; *nízká produktivita práce a netrpělivost*. Autorky Kolegárová a Zeleníková (2011, s. 85) uvedly také necharakteristické určující znaky popisující *zvýšenou emoční labilitu a dysfunkční změnu v pečovatelských aktivitách*, které jsou identické se závěry realizovaného výzkumu. Výsledky klinické validizační studie autorek Zeleníkové, Kozákové a Jarošové (2014) prokázaly nedůležitost definujících charakteristik (*zlost*; *potíže s gastrointestinálním traktem*; *frustrace*; *bolesti hlavy*; *kardiovaskulární onemocnění*; *somatizace a hypertenze*), které byly i v této disertační práci určeny jako irelevantní, a to respondenty s prokázanou mírnou až těžkou zátěží. Zajímavostí je ale zjištění, že uvedené nevýznamné určující znaky jsou ve výzkumném šetření vyhodnoceny jako významné u pečovatelů s identifikovanou závažnou zátěží. *Kardiovaskulární onemocnění* a znak prezentující *potíže dohlédnout na příjemce péče v průběhu onemocnění* jsou totožně popsány jako nevýznamné ve studii autorského kolektivu Souza Oliveira et al. (2013, s. 220).

Zjišťování závislosti mezi definujícími charakteristikami zkoumané ošetrovatelské diagnózy bylo prokazováno korelační analýzou. Velmi slabý až slabý vztah byl zjištěn mezi určujícím znakem popisujícím *změnu ve volnočasových aktivitách* a znakem vyjadřujícím *únavu*, který byl zjištěn u respondentů s identifikovanou zátěží a také u skupiny respondentů s detekovanou střední až těžkou zátěží. Totožné diagnostikování vztahu mezi dvojicemi určujících znaků vykazovala definující charakteristika *únavy* se znakem vyjadřujícím *obavy z budoucnosti týkající se schopnosti pečovatele poskytovat péči*, kdy velmi slabá korelace byla u respondentů s identifikovanou zátěží a vysoká závislost byla vyhodnocena u kategorie rodinných pečovatelů se závažnou zátěží. Poslední dvojice znaků vykazujících existenci závislosti u více kategorií respondentů byla u definující charakteristiky popisující *obavy z budoucnosti týkající se zdraví příjemce péče* a znakem *projevujícím se obavami z možné institucionalizace příjemce péče*. Tato korelace znaků byla souborem pečovatelů se střední až

těžkou zátěží vyjádřena nízkou silou vztahu. Skupina pečovatелů s detekovanou závažnou zátěží prokázala vysokou sílu vztahu u korelované dvojice charakteristik.

Skupina rodinných pečovatелů s prokázanou **střední až těžkou zátěží** vykazovala podstatnou sílu vztahu u znaků vyjadřujících *obavy z budoucnosti související se schopností pečovatele poskytovat péči* a charakteristiky popisující *obavy z budoucnosti týkající se zdraví příjemce péče* ( $r = 0,6854$ ). Uvedené určující znaky jsou z oblasti pečovatelských aktivit. Významná korelace u stejné skupiny respondentů byla také vyjádřena mezi znaky vztahujícími se ke sféře zdravotního stavu pečovatele, a to u znaků *únava* a *stresu* ( $r = 0,4041$ ). Tento závěr byl také prokázán ve studii autorek Tabakové, Zeleníkové a Kolegárové (2011, s. 29), kde dvojice znaků (*únava/stres*) vykazovala méně značnou sílu vztahu oproti závěru disertační práce.

Zajímavé závěry korelační analýzy byly zjištěny u vedlejších a hlavních určujících znaků u respondentů se **závažnou zátěží**. U hlavních definujících charakteristik byla prokázána podstatná síla vztahu znaku popisujícího *obavy o členy rodiny* se znakem vyjadřujícím *obavy z budoucnosti týkající se schopnosti pečovatele poskytovat péči* ( $r = 0,6398$ ) a také se znakem definujícím *obavy z možné institucionalizace příjemce péče*, kde byla zjištěna významná korelace ( $r = 0,7371$ ). Vedlejší definující charakteristiky prokázaly podstatnou pozitivní korelaci znaku definujícího *bolesti hlavy* se znaky *zlost* ( $r = 0,6089$ ) a *stres* ( $r = 0,6686$ ). Střední korelace byla také u určujících znaků vyjadřujících *zvýšenou nervozitu* a *somatizaci* ( $r = 0,6661$ ). Střední korelace prokazující negativní závislost byla u znaku *zvýšená nervozita* a znaku *stažení se ze společenského života* ( $r = -0,6812$ ). Vysoká míra závislosti byla zjištěna u šestnácti dvojic definujících charakteristik. Určující znak projevující se *zlostí* vykazoval značnou korelaci se znakem popisujícím *frustraci* ( $r = 0,8173$ ); *zvýšenou nervozitu* ( $r = 0,8444$ ); *somatizaci* ( $r = 0,8071$ ) a *stres* ( $r = 0,7584$ ). Vysoká korelace byla také u definující charakteristiky projevující se *frustrací* se znakem prokazujícím *zvýšenou nervozitu* ( $r = 0,8325$ ); *somatizaci* ( $r = 0,7320$ ); *stres* ( $r = 0,8900$ ); *zármutek ze změněného vztahu s příjemcem péče* ( $r = 0,8553$ ) a *nejistota ze změněného vztahu s příjemcem péče* ( $r = 0,8553$ ). Také určující znak vystihující *stres* pečovatele vypovídal o významné korelaci mezi znaky dokládajícími *zvýšenou nervozitu* ( $r = 0,7738$ ); *somatizaci* ( $r = 0,8940$ ); *zármutek ze změněného vztahu s příjemcem péče* ( $r = 0,8246$ ) a *nejistotu ze změněného vztahu s příjemcem péče* ( $r = 0,7689$ ). Další určující znak prezentující se *zvýšenou nervozitou* prokázal značnou sílu vztahu mezi charakteristikou popisující *zármutek ze změněného vztahu s příjemcem péče* ( $r = 0,8254$ ) a *nejistotou ze změněného vztahu s opečovávanou osobou* ( $r = 0,8394$ ). Poslední dvojici určujících znaků, mezi nimiž došlo k významné korelaci, byla *bolest hlavy* a *somatizace*

( $r = 0,8457$ ). Velmi vysoká síla vztahu byla prokázána u znaku popisujícího *zármutek ze změněného vztahu s příjemcem péče* a znaku popisujícího *nejistotu ze změněného vztahu s příjemcem péče* ( $r = 0,9505$ ).

Výsledky disertační práce nepotvrdily vztah mezi hodnotou celkového CDV skóre a věkem rodinného pečovatele, délkou poskytované péče o příbuzného a vzděláním. Vztah byl prokázán mezi mírou zátěže a hodnotou celkového CDV skóre, tzn., že se zvyšující mírou zátěže vzrůstá hodnota celkového CDV skóre ošetrovatelské diagnózy *Zátěž v roli pečovatele*.

Pečování významně ovlivňuje osobní život a zdraví rodinného pečovatele, což dokládají i závěry vyhodnocených významných definujících charakteristik zkoumané ošetrovatelské diagnózy v této disertační práci. Nejčteněji se jednalo o výskyt určujících znaků vztahujících se k *obavám pečovatele o zdraví opečovávané blízké osoby* a charakteristiku související se *změnami pečující osoby ve volnočasových aktivitách*. Uvedené určující znaky byly vnímány rodinnými pečovateli s diagnostikovanou různou mírou zátěže. Rodinní pečovatelé s rozpoznanou střední a závažnou zátěží uvedli nejčastěji znak popisující *nedostatek času naplňovat osobní potřeby* a definující charakteristiku projevující se *únavou*. Tyto předložené určující znaky charakterizují oblast zdravotního stavu pečovatele. Zjištěné závěry prezentuje i řada dohledaných studií (Zeleníková, Kozáková, Jarošová, 2014; Kolegárová a Zeleníková, 2011; Rueda Diaz, Monteiro da Cruz, E Silva, 2016; Monteiro da Cruz, 2004; Tabaková, 2009; Souza Oliveira et al., 2013; Zeleníková, Kolegárová, Kozáková, 2011).

Dle závěrů výzkumného šetření Monteiro da Cruze (2004, s. 10) pečovatelská role zásadně ovlivňuje osobní život v oblasti spánku, práce, volného času, nálady a sexuálního života. Definující charakteristika vztahující se k *nedostatku času na osobní potřeby pečovatele* a znak popisující *změny ve volnočasových aktivitách* mohou souviset s časovým strádáním v osobním životě pečovatele. Absence času může souviset s náročností poskytované péče a pocitem odpovědnosti, která vyplňuje velkou část života pečovatelů a může mít negativní dopad na kvalitu života pečující osoby (COFACE, 2017, s. 40). Pečovatelé věnují všechen čas opečovávané osobě na úkor svých potřeb a celkového well-being. Neuspokojení potřeby, např. v podobě nenaplnění vlastních volnočasových aktivit, může vyvolat odloučení od společenského života a vyhoření pečovatele (Kotrusová, Dobiášová, Hošťálková, 2013, s. 15). Nedostatek času je problémem vnímaným rodinnými pečovateli velmi vážně, podle projektu „Podpora neformálních pečovatelů“ byl silně pocíťovaným negativem až ve 40 %. Absence volného času souvisí s dalšími významnými důsledky péče, a to psychickým vyčerpáním a sociální izolací spolu s omezením volnočasových aktivit (Šimoník, 2015, s. 75). *Změny ve volnočasových aktivitách* jsou znak, který je silně vnímán pečovateli poskytujícími péči blízké



osobě po iktu (80,3 %) ve studii autora Moraise et al. (2012). Nedostatek času jako překážka při poskytování péče příbuznému je silněji pocíťován muži oproti ženám (Geissler et al., 2015, s. 30). Určující znak reflektující **obavy pečovatele o zdraví osoby vyžadující péči** vyvolává značný stres. Vnímaný stres může vyvolat strach pečovatele. Ten plyne z nejistoty či obavy ze zhoršujícího se zdravotního stavu opečovávané osoby. Tento duševní stres může zapříčinit pocity deprese a vyhoření pečovatele. Charakteristický znak projevující se celkovou **únavou** je podmíněn pocitem velké odpovědnosti zvláště u pečovatelů poskytujících komplexní pomoc a podporu blízké osobě. Silnou únavou trpí především pečovatelé, kteří jsou navíc ekonomicky aktivní (COFACE, 2017, s. 44). Mnoho studií zaměřujících se na rodinné pečovatele poskytující péči příbuznému v jeho přirozeném prostředí potvrdilo jako negativní důsledky pečování únavu s poruchami spánku (Lökk, 2008, s. 41–43; Morais et al., 2012, s. 950; Ain et al., et al., 2014, s. 3; Hopps et al., 2017, s. 441). K negativním dopadům péče jsou více vnímavé ženy oproti mužům. S narůstající délkou a intenzitou péče jsou silněji pocíťovány negativní důsledky péče. Rizikovější jsou také osoby sdílející společnou domácnost a pečovatelé starající se o příbuzného s psychickým onemocněním (Šimoník, 2015, s. 76–77; Jedlinská, Hlúbik, Levová, 2009, s. 33).

Ošetrovatelskou diagnózu popisující zátěž pečovatele mohou sestry měřit a identifikovat. Ošetrovatelský problém lze také předvídat, a proto mohou být zahájeny intervence směřující ke snížení pravděpodobnosti nástupu nebo dopadů zátěže. Jedná se o významný sociální problém, který je třeba řešit sestrami pracujícími na různých pozicích a v mnoha klinických prostředích (Burns et al., 1993, s. 74). Výsledky výzkumu provedeného v rámci disertační práce potvrdily závěry komparovaných studií, že ne všechny definující znaky jsou pro stanovení ošetrovatelské diagnózy zátěže významné. Přesně identifikované projevy zátěže umožní efektivně plánovat intervence ke konkrétnímu znaku ošetrovatelského problému, a to především v oblasti komunitní péče.

## ZÁVĚR

Hlavním zaměřením disertační práce bylo ověření platnosti vybraných diagnostických indikátorů zvolené ošetrovatelské diagnózy *Zátěž v roli pečovatele* (00061) dle mezinárodní klasifikace NANDA-I u rodinných pečovatelů. Tento hlavní cíl byl specifikován do třech dílčích cílů vztahujících se k definujícím charakteristikám zvolené ošetrovatelské diagnózy. Konkrétně se jednalo o ověření validity vybraného souboru indikátorů v jednotlivých kategoriích rodinných pečovatelů dle míry zátěže, identifikování významných oblastí definujících charakteristik a stanovení celkové míry validity vybrané ošetrovatelské diagnózy.

První dílčí cíl se vztahoval k ověření platnosti definujících charakteristik vzhledem ke zvolené ošetrovatelské diagnóze. Z 36 určujících znaků jich bylo celkem 20 stanoveno rodinnými pečovateli s různou mírou zátěže. Nejčastěji byly určeny znaky popisující *obavy z budoucnosti týkající se zdraví příjemce péče a změny ve volnočasových aktivitách*, které byly identifikovány rodinnými pečovateli s detekovanou mírnou až závažnou zátěží. Pečující osoby se střední a závažnou zátěží určily navíc významné určující znaky: *nedostatek času naplňovat osobní potřeby; únava; obava z budoucnosti týkající se schopnosti pečovatele poskytovat péči; zármutek ze změněného vztahu s příjemcem péče; obavy o členy rodiny; narušený vzorec spánku; stres a obava z možné institucionalizace příjemce péče*. Uvedené definující charakteristiky byly stanoveny jako vedlejší, méně významné, ale u pečovatelů se závažnou zátěží byly převážně vyhodnoceny jako hlavní ( $\geq 0,75$ ). Pečovatelé se závažnou zátěží navíc definovali jako hlavní znak *hypertenzi* s dalšími vedlejšími charakteristikami: *nejistota ze změněného vztahu s příjemcem péče; konflikt v rodině; frustrace; somatizace; zlost; nervozita; bolesti hlavy; stažení se ze společenského života a potíže s gastrointestinálním traktem*. Byla ověřena validita souboru definujících charakteristik k ošetrovatelské diagnóze *Zátěž v roli pečovatele* pro rodinné pečovatele a splněn první dílčí cíl.

Druhý dílčí cíl souvisel se stanovením celkové míry validity vybrané ošetrovatelské diagnózy. Hodnota celkového CDV skóre byla 0,53 u všech rodinných pečovatelů a 0,55 u pečujících osob s diagnostikovanou zátěží. Dle těchto vypočítaných hodnot lze konstatovat, že ošetrovatelská diagnóza *Zátěž v roli pečovatele* by měla být dále revidována ve výzkumných studiích. Byla vymezena celková míra validity zvolené ošetrovatelské diagnózy a splněn druhý dílčí cíl práce.

Třetí dílčí cíl měl identifikovat významné oblasti definujících charakteristik vybrané ošetrovatelské diagnózy ze seznamu NANDA-I. Velká část významných určujících znaků souvisela s oblastí emočního zdraví pečovatele s následujícími charakteristikami zasahujícími do fyzického zdraví pečující osoby a jeho pečovatelských aktivit. Byly vyhodnoceny hlavní oblasti určujících znaků ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele a splněn třetí dílčí cíl.

Vzhledem k závěrům dílčích cílů výzkumné práce lze konstatovat splnění cíle disertační práce. Validita vybraných diagnostických indikátorů ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele byla ověřena. Platnost ošetrovatelské diagnózy byla prokázána rodinnými pečovateli s diagnostikovaným ošetrovatelským problémem.

Informace z tohoto výzkumu zdůrazní význam problematiky rodinných pečovatelů a potřebu zvýšeného zájmu. Závěry disertační práce mohou být využity především v oblasti komunitní sféry péče a mohou motivovat zařízení poskytující terénní služby v domácím prostředí pacienta ke zvýšené pozornosti k rodinným pečovatelům. Vzhledem ke skutečnosti, že koncepce domácí péče a proplácení výkonů pojišťovny ČR jsou zaměřené pouze na pacienta, může být problematické implementovat ošetrovatelskou diagnózu do praxe. Výsledky validizačního šetření se podílí na exaktnosti stanovení ošetrovatelské diagnózy v klinickém prostředí a mohou pomoci k rozvoji efektivních intervencí ke specifickým projevům ošetrovatelské diagnózy či intervencí preventivního charakteru. Významné definující charakteristiky participují na vymezení zásadních problémů, které pečovatelé vnímají při vykonávání této role. Vzhledem ke zjištěným informacím by měla být rozšířena nabídka podpory pro rodinné pečující především formou respitních služeb, které jsou stále nedostačující, a rozvojem center neformální péče.

Jako další výzkumná šetření, která by mohla být přínosná v oblasti validizace ošetrovatelské diagnózy, je realizovat nové klinické validizace na rodinných pečovateli i sestřích-expertech. Validita ošetrovatelské diagnózy by mohla být ověřována ve vztahu k souvisejícím faktorům a dalším charakteristikám vztahujícím se k typu a charakteru onemocnění příjemce péče, věku příjemce péče, charakteru péče, stupni závislosti dle příspěvku péče, délce péče, sociálnímu a ekonomickému stavu, využívání služeb péče. Bylo by vhodné realizovat validizační šetření jiných ošetrovatelských diagnóz vztahujících se k pečovatelské roli. Disertační práce doložila závažnost problému v oblasti zátěže rodinných pečovatelů. Identifikovala významné projevy pečovatelské zátěže, které jsou vnímány pečovateli s ošetrovatelským problémem. Zaměření výzkumné práce podpoří implementování mezinárodní klasifikace NANDA-I v českém klinickém prostředí zejména v oblasti komunitní ošetrovatelské péče.

## BIBLIOGRAFICKÉ CITACE

AIN, QU., DAR, NZ., AHMAD, A., MUNZAR, S., YOUSAFZAI, AW. 2014. Caregiver stress in stroke survivor: Data from a tertiary care hospital – a cross sectional survey. *BMC Psychology*. [online]. 2014, 2(49), pp. 1-7 [cit. 22.2.2017]. ISSN: 2050-7283. doi: [10.1186/s40359-014-0049-9](https://doi.org/10.1186/s40359-014-0049-9)

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. 2015. Caregiver self-assessment questionnaire: How are you? Health in Aging Foundation. [online]. [cit. 10.12.2017]. Dostupné z: <https://www.healthinaging.org/sites/default/files/media/pdf/Caregiver-Self-Assessment-Questionnaire.pdf>

ARCHBOLD, P., STEWART, B. 1986. *Family caregiving inventory*. (Available from P. Archbold, Department of Family Nursing, School of Nursing, Oregon Health Sciences University, Portland OR 971-01 ). 1986.

ARCHBOLD, I., STEWART, B., GREENLICK, M., HARVATH, T. 1990. Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. *Research in Nursing and Health*, [online]. 1990. 13(6), pp. 375-384. [cit. 4.8.2017]. ISSN: 1098-240X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/nur.4770130605>

BARTOŇOVÁ, J. 2005. Modely rodinné péče o starého člověka. In Jeřábek, H., Rodinná péče o staré lidi. Praha: UK FSV CESES. 2005. ISSN: 1801-1640 (tištěná verze).

BEDÁŇOVÁ, I., VEČEREK, V. 2007. *Základy statistiky pro studující veterinární medicíny a farmacie*. Brno: Veterinární a farmaceutická univerzita. 2007. ISBN 978-80-7305-026-9.

BEDARD, M., PEDLAR, D., MARTIN, N. J., MALOTT, O., STONES, M.J. 2000. Burden in caregivers of cognitively impaired older adults living in the community: methodological issues and determinants. *International Psychogeriatrics*. [online]. 2000. 12(3), pp. 307–332. [cit. 4.8.2017]. ISSN: 1741-203X. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610200006426>

BRANDON, IL. 2013. Easing the burden on family caregivers. *Nursing management*. [online]. 2013, 43(8), pp. 36-42. [cit. 10.12.2017]. ISSN: 0360-4039. doi: [10.1097/01.NURSE.0000432098.08196.8d](https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000432098.08196.8d)

BROWN, R. M., BROWN, S. L. 2014. Informal Caregiving: A Reappraisal of Effects on Caregivers. *Social Issues and Policy Review*. [online]. 2014. 8(1), pp. 74–102. [cit. 10.12.2017]. ISSN: 1751-2409. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/sipr.12002>

BURNS, C., ARCHBOLD, P., STEWART, B., SHELTON, K. 1993. New diagnosis: Caregiver role strain. *Nursing Diagnosis*. [online]. 1993. 4(2), pp. 70-76. [cit.25.9.2017]. ISSN: 2047-3095. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1744-618X.1993.tb00088.x>

CALDEIRA, S., CHAVES, E., CARVALHO, E., VIEIRA, M. 2012. Validation of nursing diagnoses, the differential diagnostic validation model as a strategy. *Journal of Nursing. UFPE On Line*. [online]. 2012. 6(6), pp. 1441-5. [cit.14.6.2017]. ISSN: 1981-8963. Dostupné z: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v6i6a7251p1441-1445-2012>

CARBONNEAU, H., CARON, C., DESROSIERS, J. 2010. Development of a conceptual framework of positive aspects of caregiving in dementia. *Dementia*. [online]. 2010. 9(3). pp. 327–353. [cit. 4.8.2017]. ISSN: 1741-2684. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177%2F1471301210375316>

CARPENITO, L. J. 2013. *Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2013. ISBN: 9781608311095

COLOMBO, F. et al. 2011. *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. OECD Health Policy Studies. [online]. 2011. OECD Publishing, Paris. [cit. 4.4.2017]. ISBN 978-92-64-09775-9. Dostupné z: <https://doi.org/10.1787/9789264097759-en>

COFACE. 2009. *European Charter for Family carers*. 2009. [online]. 2009. Brussels. [cit. 10.12.2017]. Dostupné z: <http://www.coface-eu.org/wp-content/uploads/2016/12/European-Charter-for-Family-Carers.pdf>

COFACE. 2017. Who cares? Study on the challenges and needs of family carers in Europe. [online]. 2017. Brussels: COFACE Families Europe. [cit. 4.8.2017]. Dostupné z: [http://www.coface-eu.org/wp-content/uploads/2017/11/COFACE-Families-Europe\\_Study-Family-Carers.pdf](http://www.coface-eu.org/wp-content/uploads/2017/11/COFACE-Families-Europe_Study-Family-Carers.pdf)

CULLEN K., DELANEY S., DUFF P. 2004. *Caring, Working and Public Policy*. The Equality Authority, Work Research Center. Dublin. [online]. 2004. [cit. 4.8.2017]. Dostupné z: [https://www.ihrec.ie/app/uploads/download/pdf/caring\\_working\\_and\\_public\\_policy.pdf](https://www.ihrec.ie/app/uploads/download/pdf/caring_working_and_public_policy.pdf)

ČESKO. Zákon 310/2017 Sb., Zákon o nemocenském pojištění.

ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách.

DISMAN, M. 2002. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum. 2002. ISBN 80-246-0139-7.

DOHNALOVÁ, Z., HUBÍKOVÁ, O. 2013. Problematika lidí pečujících o blízkou osobu v městě Brně. 2013. Grantový projekt „Podpora komunitního plánování sociálních služeb v Brně“ registrační číslo CZ.1.04/3.1.03/78.00038. [online]. 2013. [cit. 4.8.2017]. Dostupné z: [https://socialnipece.brno.cz/useruploads/files/kpss/studie\\_pecujici\\_o\\_blizkou\\_osobu.pdf](https://socialnipece.brno.cz/useruploads/files/kpss/studie_pecujici_o_blizkou_osobu.pdf)

ENGLAND, M. 2000. Caregiver Strain: Considerations for Change. *Nursing Diagnosis*. [online]. 2000. 11(4), pp. 164-175. [cit. 4.8.2017]. ISSN 1046-7459. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1744-618X.2000.tb00423.x>

FAMILY CAREGIVER ALLIANCE. 2006a. Caregiver assessment: principles, guidelines and strategies for change. *Report from a national consensus development conference, volume 1*. [online]. 2006. San Francisco. [cit. 10.12.2017]. Dostupné z: <https://www.caregiver.org/national-consensus-report-caregiver-assessment-volumes-1-2>

FAMILY CAREGIVER ALLIANCE. 2006b. Caregiver assessment: Voices and Views from the Field. *Report from a national consensus development conference, volume 2*. [online]. 2006. San Francisco. [cit. 10.12.2017]. Dostupné z: <https://www.caregiver.org/national-consensus-report-caregiver-assessment-volumes-1-2>

FEHRING, R. J. 1986. *Validation diagnostic labels: standardized methodology*. In Hurley, M. E. (ed.). *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the Sixth Conference*. St. Louis: Mosby, 1986. ISBN 0-801637-66-X.

FEHRING, R.J. 1987. Methods to validate nursing diagnoses. *Heart Lung* [online]. 1987, 16(6), pp. 1-9 [cit. 22.2.2017]. Dostupné z: [https://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1026&context=nursing\\_fac](https://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1026&context=nursing_fac)

GAVORA, P. 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: PAIDO, 2000. ISBN 80-85931-79-6.

GEISLER, H., HOLEŇOVÁ, A., HOROVÁ, 2015. T. et al. Výstupní analytická zpráva o současné situaci a potřebách pečujících osob a bariérách pro poskytování neformální péče v ČR. 2015. Projekt „Podpora neformálních pečovatелů“. Praha: MPSV, Fond dalšího vzdělávání. CZ.1.04/3.1.00/C6.00002

GEISLER, H., HOLEŇOVÁ, A., HOROVÁ, T., JIRÁT, D., SOLNÁŘOVÁ, D., TOMÁŠKOVÁ, V. 2015. *Závěrečná zpráva z fokusních skupin*. Projekt „Podpora neformálních pečovatелů“. 2015. Praha: MPSV, Fond dalšího vzdělávání, CZ.1.04/3.1.00/C6.00002

GLENDINNING, C., TJADENS, F., ARKSEY, H., MORÉE, M., MORAN, N., NIES, H. 2009. *Care Provision within Families and its Socio-Economic. Impact on Care Providers*. Report for the European Commission DG EMPL. Negotiated Procedure VT/2007/114 Social Policy Research Unit, University of York, Vilans Centre of Expertise for Long-Term Care, Utrecht. [online]. 2009. [cit. 4.4.2017]. ISBN 978-1-903959-12-1. Dostupné z: <https://www.york.ac.uk/inst/spru/research/pdf/EUCarers.pdf>

HENDL, J. 2006. *Přehled statistických metod zpracování dat: analýza a metaanalýza dat*. Praha: Portál. 2006. ISBN 80-7367-123-9.

HERDMAN, R. H. 2013. *Ošetrovateľské diagnózy: definície & klasifikácie: 2012–2014 = Nursing diagnoses: definitions and classification: 2012–2014*. překl. Kudlová, Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8.

HERDMAN, T. H., et al. 2014. *NANDA International, Nursing diagnoses: definitions and classification 2015–2017*. Oxford: Wiley-Blackwell. 2014. ISBN: 1118914937.

HERDMAN, T. H. et al. 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace 2015–2017 = Nursing diagnoses: definitions and classification: 2015–2017*. překl. Kudlová, Praha: Grada, 2015. ISBN: 978-80-247-5412-3.

HONEA, N. J., BRINTNALL, R. A, GIVEN, B., SHERWOOD, P., COLAO, D. B., SOMERS, S. C., NORTHOUSE, L. L. 2008. Putting Evidence Into Practice®: Nursing Assessment and Interventions to Reduce Family Caregiver Strain and Burden. *Clinical Journal of Oncology Nursing* [online]. 2008, 12(3), pp. 507-516 [cit. 4.4.2017]. ISSN 10921095. doi: 10.1188/08.CJON.507-516.

HOPPS, M., IADELUCA, L., MCDONALD, M., MAKINSON, GT. 2017. The burden of family caregiving in the United States: work productivity, health care resource. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. [online]. 2017, 10, pp. 437-444 [cit. 22.2.2017]. ISSN: 1178-2390. doi: [10.2147/JMDH.S135372](https://doi.org/10.2147/JMDH.S135372)

HUBÍKOVÁ, O. 2017. Otázka ustavení rodinných pečujících jako cílové skupiny sociální práce. *Czech & Slovak Social Work / Sociální práce / Sociálna Práca*. 2017. 17(6), pp. 5-21. ISSN: 12136204.

HUGHES, RG. 2008. Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. (Prepared with support from the Robert Wood Johnson Foundation). AHRQ Publication No. 08-0043. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. [online]. 2008. [cit. 10.12.2017]. Dostupné z: <https://archive.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/resources/nursing/resources/nurseshdbk/nurseshdbk.pdf>

CHRÁSKA, M., 2006. *Úvod do výzkumu v pedagogice*. Olomouc: Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta. 2006. ISBN 80-244-1367-1.

CHRÁSKA, M. 2016. *Metody pedagogického výzkumu. Základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada. 2016. ISBN 978-80-247-5326-3.



INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. 1999. *International Classification for Nursing Practice (ICNP): Beta Version*. Switzerland: Geneva: International Council of Nurses. 1999.

JAROLÍMOVÁ, E., GRAMPPPOVÁ JANEČKOVÁ, K., HOLMEROVÁ, I. 2014. Rodinný pečující o seniora s demencí, pečovatelská zátěž a psychosociální intervence.

In: *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicínských a společenských věd*. Praha: Karolinum, 2014. ISBN: 978-80-246-2628-4.

JAROŠOVÁ, D. et al. 2012. *Využitelnost ošetrovatelských klasifikací NANDA International a NIC v domácí péči*. Ostrava: Ostravská univerzita. 2012. ISBN 978-80-7464-000-1.

JEŘÁBEK, H. 2009. Rodinná péče o seniory jako „práce z lásky“: nové argumenty.

*Sociologický časopis / Czech Sociological Review*. [online]. 2009. 45(2), pp. 243–265. [cit. 4.4.2017]. ISSN: 2336-128X. Dostupné z:

[https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/6851/ssoar-2009-2-jerabek-rodinna\\_pece\\_o\\_seniory\\_jako.pdf?sequence=1](https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/6851/ssoar-2009-2-jerabek-rodinna_pece_o_seniory_jako.pdf?sequence=1)

JEŘÁBEK, H. et al. Rodinná péče o staré lidi. 2005. In Jeřábek, Hynek (ed.). Praha: UK FSV CESES. 2005. ISSN: 1801-1640 (tištěná verze).

JEDLINSKÁ, M., HLÚBIK, P., LÉVOVÁ, J. 2009. Psychická zátěž laických rodinných pečujících. *Profese on-line*. [online]. 2009. 2(1), pp. 27-38. [cit. 10.12.2017]. ISSN 1803-4330. doi: 10.5507/pol.2009.003

KLÍMOVÁ CHALOUPKOVÁ, J. 2013. „Neformální péče v rodině: sociodemografické charakteristiky pečujících osob.“ *Data a výzkum - SDA Info*. [online]. 2013. 7(2), pp. 107-124.

[cit. 10.12.2017]. ISSN: 1802-8152. Dostupné z:

[http://dlib.lib.cas.cz/8154/1/49c1b4b53ae349e160c7443ef7831dbfa6c1b72e\\_DaV\\_2013-2\\_107-123-1.pdf](http://dlib.lib.cas.cz/8154/1/49c1b4b53ae349e160c7443ef7831dbfa6c1b72e_DaV_2013-2_107-123-1.pdf)

KOLEGAROVÁ, V., ZELENÍKOVÁ, R. 2011. Hodnocení definujících charakteristik ošetrovatelské diagnózy přetížení pečovatele. *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online]. 2011. 2(4), pp. 282-287. [cit. 10.8.2017]. ISSN: 1804-2740. Dostupné z:

[http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2011-04/1%20kolegarova\\_zelenikova.pdf](http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2011-04/1%20kolegarova_zelenikova.pdf)

KOTRUSOVÁ, M., DOBIÁŠOVÁ, K. 2012. Česká republika na rozcestí mezi domácí a institucionální péčí o seniory, *Fórum sociální politiky*. [online]. 2012, 6(6), pp. 2-8 [cit. 10.12.2017]. ISSN: 1802-5854. Dostupné z: [http://praha.vupsv.cz/Fulltext/FSP\\_2012-06.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/FSP_2012-06.pdf)

KOTRUSOVÁ, M., DOBIÁŠOVÁ, K., HOŠŤÁLKOVÁ, J. 2013. Role rodinných pečovatelů v systému sociální a zdravotní péče v ČR. *Fórum sociální politiky*. [online]. 2013, 7, pp. 10-20 [cit. 4.4.2017]. ISSN: 1803-7488. Dostupné z: [http://praha.vupsv.cz/Fulltext/FSP\\_2013-06.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/FSP_2013-06.pdf)

KROUTILOVÁ-NOVÁKOVÁ, R., JANDZÍKOVÁ, E. 2012. Kvalita života osob pečujících o osoby s přiznaným příspěvkem na péči ve III. a IV. stupni závislosti. *Fórum sociální politiky*. [online]. 2012, 6(2), pp. 20-24. [cit. 4.8.2017]. ISSN: 1803-7488. Dostupné z: [http://praha.vupsv.cz/Fulltext/FSP\\_2012-02.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/FSP_2012-02.pdf)

LEVINE, C. 2011. The Hospital Nurse's Assessment of Family Caregiver Needs. *The American journal of nursing*. [online]. 2011, 111(10), pp. 47-51. [cit. 10.12.2017]. Dostupné z: <https://nursing.ceconnection.com/ovidfiles/00000446-201110000-00023.pdf>

LÖKK, J. 2008. Caregiver strain in Parkinson's disease and the impact of disease duration. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*. [online]. 2008, 44(1), pp. 39-45 [cit. 22.2.2017]. ISSN: 1973-9095. Dostupné z: <https://www.minervamedica.it/en/getfreepdf/sVBJQEsOVVozP3yYXWnWiNtU0AlhoOOEYdi4SK%252BBXRJGYbPN3DszuFdMIPACHC3ok%252FucOeRM%252Fpc%252FduitE9Vrfg%253D%253D/R33Y2008N01A0039.pdf>

MAPI RESEARCH TRUST. 2011. Zarit Burden Interview (ZBI). Version 1.0. Scaling and scoring. Version 2.0: May 2011. France.

MICHALÍK, J. 2011. *Kvalita života osob pečujících o člena rodiny s těžkým zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2011. ISBN 978-80-244-2957-1.

MILLIGAN, CH. 2009. *There's No Place Like Home: Place and Care in Ageing Society*. Ashgate: Farnham, 2009. ISBN 9780754674238.

MORAIS, HC., SOARES, AM., OLIVEIRA, AR., CARVALHO, CM., DA SILVA, MJ., DE ARAUJO, TL. 2012. Burden and modifications in life from the perspective of caregivers for patients after stroke. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. [online]. 2012, 20(5), pp. 944-953 [cit. 22.2.2017]. ISSN: 1518-8345. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000500017>

MONTEIRO DA CRUZ. A. et al. 2004. Caregivers of patients with chronic pain: responses to care. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. [online]. 2004. 15(1), pp. 5-14. [cit.10.11.2017]. ISSN: 2047-3095. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1744-618X.2004.00005.x>

NÁRODNÍ AKČNÍ PLÁN podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017: aktualizovaná verze k 31.12.2014 = National action plan for positive ageing for the period 2013-2017 : updated version as of 31.12.2014. [online]. 2015. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, Odbor rodinné politiky a politiky stárnutí, Oddělení politiky stárnutí. 2015. [cit. 10.12.2017]. ISBN: 978-80-7421-111-9. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/files/clanky/14540/III\\_vlada\\_Akcni\\_plan\\_staruti\\_.pdf](https://www.mpsv.cz/files/clanky/14540/III_vlada_Akcni_plan_staruti_.pdf)

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. 1994. *NANDA nursing diagnoses: Definitions and classification 1995-1996*. St. Louis: MO. 1994. ISBN: 0963704214.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. 1999. *NANDA nursing diagnoses: Definitions and classification 1999-2000*. Philadelphia. 1999. ISBN: 978-0963704252.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. 2003. *NANDA nursing diagnoses: Definitions and classification 2003-2004*. Philadelphia. 2003. ISBN: 978-0963704290.

NURSING DIAGNOSIS EVALUATION COMMITTEE (NDEC). 1998. *Caregiver role strain* (rev.). Iowa City IA: The University of Iowa College of Nursing. 1998.

ONDŘIOVÁ, I., FERTAĽOVÁ, T. 2014. Starostlivosť o pacienta s demenciou v domácom prostredí v kontexte záťaže laických opatrovateľov. *Geriatric a gerontologie*. [online]. 2014. 3(1), pp. 40-43. [cit. 4.4.2017]. ISSN: 1805-4684. Dostupné z: <http://kramerius.medvik.cz/search/pdf/web/viewer.html?pid=uuid:f22a17c8-0616-11e5-b183-d485646517a0>

PEHLER, SR. 2016. Longing: A Patient and Caregiver Focused Clinical Diagnostic Validity (CDV) Study. *International journal of nursing knowledge*. [online]. 2016. 29(2), pp. 117-123. [cit. 10.12.2017]. ISSN 2047-3095. doi: 10.1111/2047-3095.12157

POSPÍŠIL, D. et al. 2016. *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2016. ISBN 978-80-7421-126-3.

RUEDA DIAZ, L. J., DE ALMEIDA LOPES MONTEIRO DA CRUZ, D., DE CASSIA GENGO E SILVA, R. 2016. Caregiver role strain: bi-national study of content validation. *Invest. educ. enferm* [online]. 2016. 34(2), pp. 280-287. [cit.14.6.2017]. ISSN: 2216-0280. doi: [10.17533/udea.iee.v34n2a07](https://doi.org/10.17533/udea.iee.v34n2a07)

SCHULZ, R., BEACH, SR., COOK, TB., MARTIRE, LM., TOMLINSON, JM., MONIN, JK. 2012. Predictors and consequences of perceived lack of choice in becoming an informal caregiver. *Aging Ment Health*. [online]. 2012. 16(6), pp. 712-721. [cit. 10.12.2017]. ISSN: 1364-6915. doi: 10.1080/13607863.2011.651439

SHERWOOD, P. R., GIVEN, G. W., GIVEN, B. A., EYE, A. V. 2005. Caregiver burden and depressive symptoms: analysis of common outcomes in caregivers of elderly patients. *Journal of Aging and Health*, [online]. 2005. 17(2), pp. 125-147 [cit. 10.12.2017]. ISSN: 15526887. doi: [10.1177/0898264304274179](https://doi.org/10.1177/0898264304274179)

SOUZA OLIVEIRA, A. R., RODRIGUES, R. C., CARVALHO de SOUSA, V. E. et al. 2013. Clinical indicators of caregiver role strain in caregivers of stroke patients.

*Contemporary Nurse*. [online]. 2013. 44(2), pp. 215-224. [cit. 10.8.2017]. ISSN: 1037-6178. doi: [10.5172/conu.2013.44.2.215](https://doi.org/10.5172/conu.2013.44.2.215)

SVOBODOVÁ, K. 2010. Demografické stárnutí a životní podmínky seniorů v České republice [Demographic ageing and living conditions of elderly people in the Czech Republic.]. / Demografická konference české demografické společnosti. In: Demografie. [online]. 2010. 52(4), pp. 185-194 [cit. 4.8.2017]. ISSN 0011-8265. Dostupné z: [http://praha.vupsv.cz/Fulltext/Do\\_1574.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/Do_1574.pdf)

ŠERFELOVÁ, R., HLADEKOVÁ, B. 2010. Zátěž opatrovatele a v procese starostlivosti o chronicky chorého. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. [online]. 2010. 1(3), pp. 89-92. [cit. 4.4.2017]. ISSN: 1804-2740. Dostupné z: [http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2010-03/4\\_serfelova\\_hladekova.pdf](http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2010-03/4_serfelova_hladekova.pdf)

ŠIMONÍK, P. 2015. *Podpora neformálních pečovateli - závěrečná zpráva z výzkumu*. [online]. 2015. Praha: Fond dalšího vzdělávání. [cit. 10.9.2018]. Dostupné z: [http://dspace.soc.cas.cz/bitstream/handle/123456789/3494/OM\\_CSDA00167.pdf?sequence=1](http://dspace.soc.cas.cz/bitstream/handle/123456789/3494/OM_CSDA00167.pdf?sequence=1)

ŠINDELÁŘ, M. 2014. Sendvičová konstelace a well-being člověka: vhléd do českého terénu. *Sociální studia*. [online]. 2014, 11(3), pp. 31-49. [cit. 10.12.2017]. ISSN 1803-6104. Dostupné z: [https://journals.muni.cz/socialni\\_studia/article/viewFile/6033/5166](https://journals.muni.cz/socialni_studia/article/viewFile/6033/5166)

TABAKOVÁ, M. 2009. Preťaženie opatrovateľa. In *Vybrané ošetrovateľské diagnózy v klinickej praxi*. Martin: Osveta, 2009. s. 119-125. ISBN 978-80-8063-308-0.

TABAKOVÁ, M. 2011. Validizácia ošetrovateľskej diagnózy preťaženie opatrovateľa. In 8. *Medzinárodná konferencia: Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve*. [CD-ROM]. Martin: JLF UK, 2011, pp. 375-385. ISBN 978-80-89544-00-4.

TABAKOVÁ, M., ZELENÍKOVÁ, R., KOLEGAROVÁ, V. 2011. Preťaženie opatrovateľa – obsahová validizácia ošetrovateľskej diagnózy v Slovenskej a Českej republike. *Profese online* [online]. 2011, 4(2), pp. 27-32 [cit. 22.2.2017]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: <https://dx.doi.org/10.5507/pol.2011.014>

TÓTHOVÁ, V., VEISOVÁ, V., BÁRTLOVÁ, S. 2011. Názory lékařů a všeobecných sester na výhody a nevýhody péče o seniory v domácím prostředí. *Kontakt*. [online]. 2011, 13(2), pp. 129-137. [cit. 4.8.2017]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120505113533334142.pdf>

TRIANAFILLOU, J. et al. 2010. *Informal care in the long-term care system*. European Overview Paper. [online]. 2010. Vídeň. [cit. 4.4.2017]. Dostupné z: [https://pdfs.semanticscholar.org/a944/3e7bef097d4badf3007fe4305b119f1ce13c.pdf?\\_ga=2.169138594.2078518884.1543099447-1365738384.1543099447](https://pdfs.semanticscholar.org/a944/3e7bef097d4badf3007fe4305b119f1ce13c.pdf?_ga=2.169138594.2078518884.1543099447-1365738384.1543099447)

TRUHLÁŘOVÁ, Z., LEVICKÁ, J., VOSEČKOVÁ, A., MYDLÍKOVÁ, E. 2015. *Mezi láskou a povinností – péče očima pečovateli*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. ISBN 978-80-7435-570-7.

VAN DURME, T., MACQ, J., JEANMART, C., GOBERT, M. 2012. Tools for measuring the impact of informal caregiving of the elderly: A literature review. *International Journal of Nursing Studies* [online]. 2012. 49(4), pp. 490-504. [cit. 4.4.2017]. ISSN: 0020-7489. doi: [10.1016/j.ijnurstu.2011.10.011](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.10.011)

VÁVROVÁ, S., VACULÍKOVÁ, J. 2017. Preference české populace při zajištění péče v období závislosti v seniorském věku. *Sociální práce*. 2017, 17(6), pp. 80-94. ISSN: 1213-6204.

VÉVODOVÁ, Š., IVANOVÁ, K. et al. 2015. *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese*. Olomouc: Univerzita Palackého. 2015. ISBN 978-80-244-4770-4.

VITALIANO, P. P., YOUNG, H. M., RUSSO, J. 1991. Burden: A review of measures used among caregivers of individuals with dementia. *Gerontologist*, [online]. 1991. 31(1), pp. 67-75. [cit. 14.6.2017]. ISSN: 1758-5341. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/geront/31.1.67>

VITALIANO, P. P., ZHANG, J., SCANLAN, J. M. 2003. Is Caregiving Hazardous to One's Physical Health? A Meta-Analysis. *Psychological bulletin*. [online]. 2003. 129(6), pp. 946-72 [cit. 10.12.2017]. ISSN: 1939-1455. doi: [10.1037/0033-2909.129.6.946](https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.6.946)

WHITLEY G. G. 1997. Three Phases of Research in Validating Nursing Diagnoses. *Western Journal of Nursing Research*. [online]. 1997, 19(3), pp. 379-399. [cit. 22.2.2017]. ISSN 0193-9459. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177%2F019394599701900308>

WIJA, P. 2012. *Poskytování a financování dlouhodobé péče v zemích OECD (III) – poskytování neformální péče a její dopad na zaměstnanost a zdraví*. Aktuální informace č. 33. [online]. 2012. Praha: ÚZIS ČR. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/rychle-informace/poskytovani-financovani-dlouhodobpece-zemich-oecd-iii-poskytovani-neformalni-pece-jeji-dopad-na-za>

ZARIT, S. H., REEVER, K. E., BACH-PETERSON, J. 1980. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*. [online]. 1980. 20(6). pp. 649–655. [cit. 4.8.2017]. ISSN: 1758-5341. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>

ZARIT, SH., ZARIT, JM. 1990. The Memory and Behavior Problems Checklist and the Zarit Burden Interview. University Park. Gerontology Center, PA: Pennsylvania State University. 1990.

ZELENÍKOVÁ, R., KOLEGAROVÁ, V., KOZÁKOVÁ, R. 2011. Přetížení pečovatele z pohledu sester agentur domácí péče. *Praktický lékař*. 2011. 91(7), pp. 408-411. ISSN: 0032-6739.

ZELENÍKOVÁ, R., KOZÁKOVÁ, R., JAROŠOVÁ, D. 2014. Clinical validation of the nursing diagnosis caregiver role strain in the Czech Republic. *International Journal of Nursing Knowledge* [online]. 2014, 25 (2), pp. 80-84 [cit. 22.2.2017]. ISSN: 2047-3095. doi: 10.1111/2047-3095.12020

ZIGANTE, V. 2018. *Informal care in Europe. Exploring Formalisation, Availability and Quality*. 2018. Brussels: European Commission. ISBN: 978-92-79-86583-1. doi:10.2767/78836

ŽIAKOVÁ, K. et al. 2009. *Ošetrovatelstvo. Teória a vedecký výskum*. Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-304-2.

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Vyjádření Etické komise FZV UP v Olomouci.....	105
Příloha 2 Souhlas s použitím hodnoticího nástroje zátěže ZBI.....	106
Příloha 3 Česká verze hodnoticího nástroje ZBI.....	112
Příloha 4 Souhlas vedení Oblastní charity Ústí nad Orlicí s výzkumem .....	115
Příloha 5 Souhlas vedení Domácí péče-Fyzidop v Olomouci.....	116
Příloha 6 Souhlas vedení Sociálních služeb v Lipníku nad Bečvou s výzkumem.....	117
Příloha 7 Souhlas vedení Charity Šternberk s výzkumem.....	118
Příloha 8 Souhlas vedení Domácí péče v Hranicích s výzkumem.....	119
Příloha 9 Informovaný souhlas výzkumného šetření.....	120
Příloha 10 Záznamový formulář výzkumného šetření.....	121
Příloha 11 Hodnocení definujících charakteristik na Likertově škále dle míry zátěže (MZ).	126
Příloha 12 Vzdělání respondentů.....	137
Příloha 13 Délka pečovatelské role.....	138
Příloha 14 Vztah k opečovávané osobě.....	139
Příloha 15 Míra zátěže pečovatelů.....	140
Příloha 16 Vedlejší definující charakteristiky (celková sumarizace).....	141
Příloha 17 Vedlejší definující charakteristiky (skupina 2, 3, 4).....	142
Příloha 18 Vedlejší definující charakteristiky (3. skupina).....	143
Příloha 19 Nevýznamné definující charakteristiky (3. skupina).....	144
Příloha 20 Hlavní definující charakteristiky (4. skupina).....	145
Příloha 21 Vedlejší definující charakteristiky (4. skupina).....	146
Příloha 22 Nevýznamné definující charakteristiky (4. skupina).....	147



## Příloha 1 Vyjádření Etické komise FZV UP v Olomouci



Fakulta  
zdravotnických věd

UPOL-129221/1040-2016

**Vážená paní  
Mgr. Jana Kuncová  
Ústav ošetrovatelství  
FZV UP v Olomouci**

2016-11-04

Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní magistro,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byl Váš výzkumný projekt posouzen a po vyhodnocení všech zaslaných dokumentů Vám sdělujeme, že výzkumnému projektu s názvem „Validizace definujících znaků ošetrovatelské diagnózy Přetížení pečovatele podle NANDA I“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

**souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP .**

S pozdravem,

Mgr. Petra Bastlová, Ph.D.  
předsedkyně  
Etické komise FZV UP

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**  
Fakulta zdravotnických věd  
Etická komise  
Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc



User agreement
Special Terms

Mapi Research Trust, a non-for-profit organisation subject to the terms of the French law of 1st July 1901, registered in Carpentras under number 453 979 346, whose business address is 27 rue de la Villette, 69003 Lyon, France, hereafter referred to as "MRT" and the User, as defined herein, (each referred to singularly as a "Party" and/or collectively as the "Parties"), do hereby agree to the following User Agreement Special and General Terms:

Mapi Research Trust  
 PROVIDE™  
 27 rue de la Villette  
 69003 Lyon  
 France  
 Telephone: +33 (0)4 72 13 66 76  
 Fax: +33 (0)4 72 13 66 82

**Recitals**

The User acknowledges that it is subject to these Special Terms and to the General Terms of the Agreement, which are included in Appendix 1 to these Special Terms and fully incorporated herein by reference. Under the Agreement, the Questionnaire referenced herein is licensed, not sold, to the User by MRT for use only in accordance with the terms and conditions defined herein. MRT reserves all rights not expressly granted to the User.

The Parties, in these Special Terms, intend to detail the special conditions of their partnership.

The Parties intend that all capitalized terms in the Special Terms have the same definitions as those given in article 1 of the General Terms included in Appendix 1.

In this respect, the Parties have agreed as follows:

**Article 1. Conditions Specific to the User**

**Section 1.01 Identification of the User**

User Name	Jana Konecna
Legal Form	Student
Address	Hrvotinská 3 77515 Olomouc
Country	Czech Republic
Email address	jana.konecna@upol.cz

**Section 1.02 Identification of the Questionnaire**

Title	Zarit Burden Interview (ZBI)
-------	------------------------------

Zarit Burden Interview\_UserAgreement\_March2016\_5.0

© Mapi Research Trust. The unauthorized modification and use of any portion of this document is prohibited.

Author(s)	Zarit Steven H
Owner	Zarit Steven H and Zarit Judy M
Copyright	Copyright 1980, 1983, 1990 Steven H Zarit and Judy M Zarit
Original bibliographic references	<p><b>ZBI-22</b></p> <p>Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. <i>Gerontologist</i>. 1980;20(6):649-55</p> <p>Zarit SH, Orr NK, Zarit JM. The hidden victims of Alzheimer's disease: Families under stress. New York: New York University Press, 1985</p> <p>Zarit SH, Zarit JM. The Memory and Behavior Problems Checklist and the Burden Interview. Gerontology Center, Penn State University. 1990</p> <p><b>ZBI-12</b></p> <p>Bédard M, Molloy DW, Squire L, Dubois S, Lever JA, O'Donnell M. The Zarit Burden Interview: a new short version and screening version. <i>Gerontologist</i>. 2001 Oct;41(5):652-7 (<a href="#">PubMed Abstract</a>)</p>

## Article 2. Rights to Use

### Section 2.01 Context of the Use of the Questionnaire

The User undertakes to only use the Questionnaire in the context of the Study as defined hereafter.

Context of Use	Clinical project or study
Title	validation of nursing diagnosis Caregiver Role Strain
Type of research	Other

### Section 2.02 Conditions for Use

The User undertakes to use the Questionnaire in accordance with the conditions for use defined hereafter.

#### (a) Rights transferred

Acting in the Owner's name, MRT transfers the following limited, non-exclusive rights, to the User (the "Limited Rights")

(I) to use the Questionnaire, only as part of the Study; this right is made up exclusively of the right to communicate it to the Beneficiaries only, free of charge, by any means of communication and by any means of remote distribution known or unknown to date, subject to respecting the conditions for use described hereafter; and

(II) to reproduce the Questionnaire, only as part of the Study; this right is made up exclusively of the right to physically establish the Questionnaire or to have it physically established, on any paper, electronic, analog or digital medium, and in particular documents, articles, studies, observations, publications, websites whether or not protected by restricted access, CD, DVD, CD-ROM, hard disk, USB flash drive, for the Beneficiaries only and subject to respecting the conditions for use described hereafter; and

Zarit Burden Interview\_UserAgreement\_March2016\_5.0

© Mapi Research Trust. The unauthorized modification and use of any portion of this document is prohibited.



(III) Should the Questionnaire not already have been translated into the language requested, the User is entitled to translate the Questionnaire or have it translated in this language, subject to informing MRT of the same beforehand by the signature of a Translation Agreement indicating the terms of it and to providing a copy of the translation thus obtained as soon as possible to MRT.

The User acknowledges and accepts that it is not entitled to amend, modify, condense, adapt, reorganise the Questionnaire on any medium whatsoever, in any way whatsoever, even minor, without MRT's prior specific written consent.

(b) Specific conditions for the Questionnaire

- Use in individual clinical practice or Research study / project

The User undertakes never to duplicate, transfer or publish the Questionnaire without indicating the Copyright Notice.

- Use in a publication or on a website with unrestricted access:

In the case of a publication, article, study or observation on paper or electronic format of the Questionnaire, the User undertakes to respect the following special obligations:

- not to include any full copy of the Questionnaire, but a protected version with the indication "sample copy, do not use without permission"
- to indicate the name and copyright notice of the Owner
- to include the reference publications of the Questionnaire
- to indicate the details of MRT for any information on the Questionnaire as follows: contact information and permission to use: Mapi Research Trust, Lyon, France – Internet: <https://eprovide.mapi-trust.org/>
- to provide MRT, as soon as possible, with a copy of any publication regarding the Questionnaire, for information purposes
- to submit the screenshots of all the Pages where the Questionnaire appears to MRT before release to check that the above-mentioned requirements have been respected.

- Use for dissemination:

- On a website with restricted access:

In the case of publication on a website with restricted access, the User may include a clean version of the Questionnaire, subject to this version being protected by a sufficiently secure access to only allow the Beneficiaries to access it.

The User undertakes to also respect the following special obligations:

- to indicate the name and copyright notice of the Owner
- to include the reference publications of the Questionnaire
- to indicate the details of MRT for any information on the Questionnaire as follows: contact information and permission to use: Mapi Research Trust, Lyon, France – Internet: <https://eprovide.mapi-trust.org/>
- to submit the screenshots of all the Pages where the Questionnaire appears to MRT before release to check that the above-mentioned requirements have been respected.

- On promotional / marketing documents

In the case of publication on promotional/marketing documents, the User undertakes to respect the following special obligations:

- to indicate the name and copyright notice of the Owner
- to include the reference publications of the Questionnaire
- to indicate the details of MRT for any information on the Questionnaire as follows: contact information and permission to use: Mapi Research Trust, Lyon, France – Internet: <https://eprovide.mapi-trust.org/>
- to provide MRT, as soon as possible, with a copy of any publication regarding the Questionnaire, for information purposes
- to submit the screenshots of all the Pages where the Questionnaire appears to MRT before release to check that

---

Zarif Burden Interview\_UserAgreement\_March2016\_5.0

© Mapi Research Trust. The unauthorized modification and use of any portion of this document is prohibited.



the above-mentioned requirements have been respected.

For any other use not defined herein, please contact MRT for the specific conditions of use and access fees (if applicable).

**Article 3. Term**

MRT transfers the Limited Rights to use the Questionnaire as from the date of delivery of the Questionnaire to the User and for the whole period of the Study.

**Article 4. Beneficiaries**

The Parties agree that the User may communicate the Questionnaire in accordance with the conditions defined above to the Beneficiaries involved in the Study only, in relation to the Study defined in section 2.01.

**Article 5. Territories and Languages**

MRT transfers the Limited Rights to use the Questionnaire on the following territories and in the languages indicated in the table below:

Questionnaire	Language
ZBI-12	English for the USA
ZBI-22	Afrikaans for South Africa
ZBI-22	Arabic for Israel
ZBI-22	Bengali for Bangladesh
ZBI-22	Bulgarian for Bulgaria
ZBI-22	Czech for Czech Republic
ZBI-22	Danish for Denmark
ZBI-22	Dutch for Belgium (Flemish)
ZBI-22	Dutch for the Netherlands
ZBI-22	English for Australia
ZBI-22	English for Canada
ZBI-22	English for South Africa
ZBI-22	English for the UK
ZBI-22	English for the USA
ZBI-22	Finnish for Finland
ZBI-22	French for Belgium
ZBI-22	French for Canada
ZBI-22	French for France
ZBI-22	German for Austria

Zarit Burden Interview\_UserAgreement\_March2016\_5.0

© Mapi Research Trust. The unauthorized modification and use of any portion of this document is prohibited.

ZBI-22	German for Germany
ZBI-22	Greek for Greece
ZBI-22	Gujarati for India
ZBI-22	Hebrew for Israel
ZBI-22	Hindi for India
ZBI-22	Hungarian for Hungary
ZBI-22	Italian for Italy
ZBI-22	Japanese for Japan
ZBI-22	Kannada for India
ZBI-22	Korean for Korea
ZBI-22	Latvian for Latvia
ZBI-22	Lithuanian for Lithuania
ZBI-22	Malayalam for India
ZBI-22	Mandarin for China
ZBI-22	Mandarin for Taiwan
ZBI-22	Marathi for India
ZBI-22	Nepalese for Nepal
ZBI-22	Norwegian for Norway
ZBI-22	Polish for Poland
ZBI-22	Portuguese for Brazil
ZBI-22	Portuguese for Portugal
ZBI-22	Punjabi for India, Punjabi for India
ZBI-22	Romanian for Romania
ZBI-22	Russian for Israel
ZBI-22	Russian for Latvia
ZBI-22	Russian for Russia
ZBI-22	Russian for Ukraine
ZBI-22	Serbian for Serbia
ZBI-22	Slovak for Slovakia
ZBI-22	Spanish for Argentina
ZBI-22	Spanish for Chile
ZBI-22	Spanish for Colombia
ZBI-22	Spanish for Mexico
ZBI-22	Spanish for Peru
ZBI-22	Spanish for Spain
ZBI-22	Spanish for Uruguay

Zarit Burden Interview\_UserAgreement\_March2016\_5.0

© Mapi Research Trust. The unauthorized modification and use of any portion of this document is prohibited.

ZBI-22	Spanish for the USA
ZBI-22	Swedish for Finland
ZBI-22	Swedish for Sweden
ZBI-22	Tamil for India
ZBI-22	Telugu for India
ZBI-22	Thai for Thailand
ZBI-22	Turkish for Turkey
ZBI-22	Ukrainian for Ukraine
ZBI-22	Vietnamese for Canada

#### Article 8. Price and Payment Terms

The User undertakes in relation to MRT to pay the price owed in return for the availability of the Questionnaire, according to the prices set out below, depending on the languages requested and the costs of using the Questionnaire, in accordance with the terms and conditions described in section 6.02 of the General Terms included in Appendix 1.

ROYALTY FEES*	Commercial users	Cost per study	1 000 €
		Cost per language	500 €
	Funded academic research	Cost per study	Free
		Cost per language	Free
	Not funded academic users	Cost per study	Free
		Cost per language	Free
DISTRIBUTION FEES*	Commercial users	Cost per study	1 000 €
		Cost per language	500 €
	Funded academic research	Cost per study	300 €
		Cost per language	50 €
	Not funded academic users	Cost per study	Free
		Cost per language	Free

Agreed and acknowledged by

Jana Konecna

17-Oct-2016

### DOTAZNÍK O POCTĚVANÉM ZATÍŽENÍ

**POKYNY:** Následující seznam obsahuje výroky, které popisují, jak se lidé občas cítí, když pečují o jinou osobu. U každého výroku uveďte, jak často se takto cítíte: zda nikdy, zřídka, občas, docela často nebo téměř stále. Neexistují správné nebo špatné odpovědi.

1. Máte pocit, že Váš/Vaše příbuzný/příbuzná žádá více pomoci, než potřebuje?  
0. Nikdy 1. Zřídka 2. Občas 3. Docela často 4. Téměř stále
2. Máte pocit, že kvůli času, který trávíte se svým/svou příbuzným/příbuznou, nemáte dost času pro sebe?  
0. Nikdy 1. Zřídka 2. Občas 3. Docela často 4. Téměř stále
3. Cítíte se pod tlakem, protože musíte pečovat o příbuzného/příbuznou a současně se snažíte plnit své ostatní rodinné nebo pracovní povinnosti?  
0. Nikdy 1. Zřídka 2. Občas 3. Docela často 4. Téměř stále
4. Cítíte se trapně kvůli chování Vašeho/Vaší příbuzného/příbuzné?  
0. Nikdy 1. Zřídka 2. Občas 3. Docela často 4. Téměř stále
5. Máte zlost, když jste v blízkosti svého/své příbuzného/příbuzné?  
0. Nikdy 1. Zřídka 2. Občas 3. Docela často 4. Téměř stále
6. Máte pocit, že Váš/Vaše příbuzný/příbuzná v současné době negativně ovlivňuje Vaše vztahy s ostatními členy rodiny nebo s Vašimi přáteli?  
0. Nikdy 1. Zřídka 2. Občas 3. Docela často 4. Téměř stále
7. Máte obavy z toho, co s Vaším/Vaší příbuzným/příbuznou bude v budoucnu?  
0. Nikdy 1. Zřídka 2. Občas 3. Docela často 4. Téměř stále
8. Máte pocit, že je Váš/Vaše příbuzný/příbuzná na Vás závislý/závislá?  
0. Nikdy 1. Zřídka 2. Občas 3. Docela často 4. Téměř stále
9. Cítíte se nervózní, když jste v blízkosti svého/své příbuzného/příbuzné?  
0. Nikdy 1. Zřídka 2. Občas 3. Docela často 4. Téměř stále



### Příloha 3 Pokračování

10. Máte pocit, že se kvůli péči o Vašeho/Vaši příbuzného/příbuznou zhoršilo Vaše zdraví?  
0. Nikdy 1. Zřídka 2. Občas 3. Docela často 4. Téměř stále
11. Máte pocit, že kvůli svému/své příbuznému/příbuzné nemáte takový soukromý život, jaký byste si přál/a?  
0. Nikdy 1. Zřídka 2. Občas 3. Docela často 4. Téměř stále
12. Máte pocit, že kvůli péči o Vašeho/Vaši příbuzného/příbuznou utrpěl Váš společenský život?  
0. Nikdy 1. Zřídka 2. Občas 3. Docela často 4. Téměř stále
13. Je Vám kvůli příbuznému/příbuzné nepříjemné pozvat na návštěvu přátele?  
0. Nikdy 1. Zřídka 2. Občas 3. Docela často 4. Téměř stále
14. Máte pocit, že příbuzný/příbuzná zřejmě očekává, že se o něj/ni budete starat, jako kdybyste byl/a jediná osoba, na kterou se může spolehnout?  
0. Nikdy 1. Zřídka 2. Občas 3. Docela často 4. Téměř stále
15. Máte pocit, že nemáte dost peněz, abyste se kromě svých ostatních výdajů ještě mohl/a postarat o svého/svou příbuzného/příbuznou?  
0. Nikdy 1. Zřídka 2. Občas 3. Docela často 4. Téměř stále
16. Máte pocit, že už brzy nebudete schopni/schopna se o svého/svou příbuzného/příbuznou dále starat?  
0. Nikdy 1. Zřídka 2. Občas 3. Docela často 4. Téměř stále
17. Máte pocit, že od té doby, co Vás/Vaše příbuzný/příbuzná onemocněl/a, nemáte svůj život pod kontrolou?  
0. Nikdy 1. Zřídka 2. Občas 3. Docela často 4. Téměř stále
18. Přejete si, abyste mohl/a péči o příbuzného/příbuznou přenechat někomu jinému?  
0. Nikdy 1. Zřídka 2. Občas 3. Docela často 4. Téměř stále
19. Nejste si jist/a, jak se máte o svého/svou příbuzného/příbuznou starat?  
0. Nikdy 1. Zřídka 2. Občas 3. Docela často 4. Téměř stále
20. Máte pocit, že pro svého/svou příbuzného/příbuznou neděláte dost?  
0. Nikdy 1. Zřídka 2. Občas 3. Docela často 4. Téměř stále

### Příloha 3 Pokračování

21. Máte pocit, že byste mohl/a o svého/svou příbuzného/příbuznou pečovat lépe?  
0. Nikdy 1. Zřídka 2. Občas 3. Docela často 4. Téměř stále
22. Jak moc se celkově cítíte zatížen/a péčí o svého/svou příbuzného/příbuznou?  
0. Vůbec 1. Trochu 2. Středně 3. Docela dost 4. Velice

© 1983, 1990, Steven H. Zarit a Judy M. Zarit

## Příloha 4 Souhlas vedení Oblastní charity Ústí nad Orlicí s výzkumem

Ing. Marie Malá  
Oblastní charita Ústí nad Orlicí  
Na Kopečku 356, Letohrad, 561 51

### Žádost o udělení souhlasu s realizací výzkumného šetření

Vážená paní ředitelko,

žádám o udělení souhlasu s realizací výzkumného šetření prostřednictvím vašeho zařízení. Výzkumné šetření je součástí disertační práce s názvem „Klinická validizace definujících znaků ošetrovatelské diagnózy Přetížení pečovatele podle NANDA I.“ studentky Mgr. Jany Konečné, doktorského studijního programu Ošetrovatelství, Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Výzkum bude realizován u rodinných pečovatelů poskytující péči o člena rodiny min. 2 roky. Nebude se jednat o práci s klienty. Tento výzkumný projekt byl projednán a schválen etickou komisí FZV dne 11. 4. 2016. Děkuji za spolupráci.

V Olomouci dne 20.3.2017

Mgr. Jana Konečná



Souhlasím s realizací výzkumného šetření.

Ing. Marie  
Malá

Digitálně podepsal  
Ing. Marie Malá  
Datum: 2017.03.21  
16:08:10 +01'00'

V Olomouci dne 21.3.2017

Ing. Marie Malá

## Příloha 5 Souhlas vedení Domácí péče-Fyzidop v Olomouci s výzkumem

Marie Novosádová  
Fyzidop s.r.o.  
Fischerova 4, Olomouc, 779 00

### Žádost o udělení souhlasu s realizací výzkumného šetření

Vážená paní Novosádová,

žádám o udělení souhlasu s realizací výzkumného šetření prostřednictvím vašeho zařízení. Výzkumné šetření je součástí disertační práce s názvem „Klinická validizace definujících znaků ošetrovatelské diagnózy Přetížení pečovatele podle NANDA I.“ studentky Mgr. Jany Konečné, doktorského studijního programu Ošetrovatelství, Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Výzkum bude realizován u rodinných pečovatelů poskytující péči o člena rodiny min. 2 roky. Nebude se jednat o práci s klienty. Tento výzkumný projekt byl projednán a schválen etickou komisí FZV dne 11. 4. 2016. Děkuji za spolupráci.

V Olomouci dne 30.4.2017

Mgr. Jana Konečná

Souhlasím s realizací výzkumného šetření.

V Olomouci dne 2.5.2017

Marie Novosádová



## Příloha 6 Souhlas vedení Sociálních služeb v Lipníku nad Bečvou s výzkumem

Bc. Kubjatová Monika DiS.  
Sociální služby Lipník nad Bečvou  
Souhradní 1393,  
751 31

### Žádost o udělení souhlasu s realizací výzkumného šetření

Vážená paní bakalářko,

žádám o udělení souhlasu s realizací výzkumného šetření prostřednictvím vašeho zařízení. Výzkumné šetření je součástí disertační práce s názvem „Klinická validizace definujících znaků ošetrovatelské diagnózy Přetížení pečovatele podle NANDA I.“ studentky Mgr. Jany Konečné, doktorského studijního programu Ošetrovatelství, Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Výzkum bude realizován u rodinných pečovatelů poskytující péči o člena rodiny min. 2 roky. Nebude se jednat o práci s klienty. Tento výzkumný projekt byl projednán a schválen etickou komisí FZV dne 11. 4. 2016. Děkuji za spolupráci.

V Lipníku n. B. dne 5. 3. 2018

Mgr. Jana Konečná



**Souhlasím s realizací výzkumného šetření.**

V Lipníku n. B. dne 5. 3. 2018

Bc. Kubjatová Monika DiS.



Sociální služby Lipník nad Bečvou  
příspěvková organizace -3-  
ulice Souhradní 1393, 751 31 Lipník n. B.  
Tel.: 581 773 783, 725 528 761  
IČ: 49599044

Bc. Pavlína Vyvozilová  
Charita Šternberk  
Opavská 13, 785 01

**Žádost o udělení souhlasu s realizací výzkumného šetření**

Vážená paní ředitelko,

žádám o udělení souhlasu s realizací výzkumného šetření prostřednictvím vašeho zařízení. Výzkumné šetření je součástí disertační práce s názvem „Klinická validizace definujících znaků ošetřovatelské diagnózy Přetížení pečovatele podle NANDA I.“ studentky Mgr. Jany Konečné, doktorského studijního programu Ošetřovatelství, Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Výzkum bude realizován u rodinných pečovatelů poskytující péči o člena rodiny min. 2 roky. Nebude se jednat o práci s klienty. Tento výzkumný projekt byl projednán a schválen etickou komisí FZV dne 11. 4. 2016. Děkuji za spolupráci.

V Olomouci dne 2.3.2017

Mgr. Jana Konečná



Souhlasím s realizací výzkumného šetření.

V Olomouci dne 2.3.2017

Bc. Pavlína Vyvozilová



CHARITA ŠTERNBERK  
Opavská 13  
785 01 Šternberk  
tel./fax: 585 011 014  
IČO 492 38 642

## Příloha 8 Souhlas vedení Domácí péče v Hranicích s výzkumem

Mgr. Duchoňová Hana  
Nemocnice Hranice a. s. – Domácí péče  
Zborovská 1245, Hranice  
753 22

### **Žádost o udělení souhlasu s realizací výzkumného šetření**

Vážená paní magistro,

žádám o udělení souhlasu s realizací výzkumného šetření prostřednictvím vašeho zařízení. Výzkumné šetření je součástí disertační práce s názvem „Klinická validizace definujících znaků ošetrovatelské diagnózy Přetížení pečovatele podle NANDA I.“ studentky Mgr. Jany Konečné, doktorského studijního programu Ošetrovatelství, Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Výzkum bude realizován u rodinných pečovatelů poskytující péči o člena rodiny min. 2 roky. Nebude se jednat o práci s klienty. Tento výzkumný projekt byl projednán a schválen etickou komisí FZV dne 11. 4. 2016. Děkuji za spolupráci.

V Hranicích dne 5. 3. 2018

Mgr. Jana Konečná



**Souhlasím s realizací výzkumného šetření.**

V Hranicích dne 5. 3. 2018

Mgr. Duchoňová Hana



### **Informovaný souhlas**

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném projektu, který je realizován v rámci disertační práce, jehož hlavní řešitelkou je Mgr. Jana Konečná z Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci.

Výzkumný projekt se zaměřuje na posouzení projevů, které mohou vést k přetížení rodinného pečovatele. Pro sběr údajů poslouží záznamový formulář, který obsahuje jednoduché otázky cílené na pečovatelskou činnost s výčtem projevů, které mohou vést k přetížení. Položky jsou hodnoceny na numerické škále. Vyplněním záznamového formuláře strávíte přibližně 15 minut. Z účasti na projektu pro Vás nevyplývají žádná rizika. Informace jsou získávány formou anonymních záznamových formulářů. Výsledky výzkumného šetření budou využity pro účely disertační práce.

#### **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 dotazníku respondent souhlasil s účastí na výzkumu)**



## Příloha 10 Záznamový formulář výzkumného šetření

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s žádostí o spolupráci na výzkumném projektu, který je realizován v rámci disertační práce, jehož hlavní řešitelkou je Mgr. Jana Konečná z Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci.

Výzkumný projekt se zaměřuje na posouzení projevů, které mohou vést k přetížení rodinného pečovatele. Pro sběr údajů poslouží záznamový formulář, který obsahuje jednoduché otázky cílené na pečovatelskou činnost s výčtem projevů, které mohou vést k přetížení. Položky jsou hodnoceny na numerické škále. Vyplněním záznamového formuláře strávíte přibližně 15 minut. Z účasti na projektu pro Vás nevyplyvají žádná rizika. Informace jsou získávány formou anonymních záznamových formulářů. Výsledky výzkumného šetření budou využity pro účely disertační práce.

### 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.

Předem Vám děkuji za Vaš čas a spolupráci.

**POKYNY:** Následující seznam obsahuje výroky, které popisují, jak se lidé občas cítí, když pečují o jinou osobu. U každého výroku uveďte, jak často se takto cítíte: zda nikdy, zřídka, občas, docela často nebo téměř stále. Neexistují správné nebo špatné odpovědi.

	Nikdy	Zřídka	Občas	Docela často	Téměř stále
1. Máte pocit, že Váš/Vaše příbuzný/á žádá více pomoci, než potřebuje?	0	1	2	3	4
2. Máte pocit, že kvůli času, který trávíte se svým/svou příbuzným/příbuznou, nemáte dost času pro sebe?	0	1	2	3	4

Příloha 10 Pokračování

3. Cítíte se pod tlakem, protože musíte pečovat o příbuzného/příbuznou a současně se snažíte plnit své ostatní rodinné nebo pracovní povinnosti?	0	1	2	3	4
4. Cítíte se trapně kvůli chování Vašeho/Vaši příbuzného/příbuzné?	0	1	2	3	4
5. Máte zlost, když jste v blízkosti svého/své příbuzného/příbuzné?	0	1	2	3	4
6. Máte pocit, že Váš/Vaše příbuzný/á v současné době negativně ovlivňuje Vaše vztahy s ostatními členy rodiny nebo s Vašimi přáteli?	0	1	2	3	4
7. Máte obavy z toho, co s Vaším/Vaši příbuzným/příbuznou bude v budoucnu?	0	1	2	3	4
8. Máte pocit, že je Váš/Vaše příbuzný/příbuzná na Vás závislý/á?	0	1	2	3	4
9. Cítíte se nervózní, když jste v blízkosti svého/své příbuzného/příbuzné?	0	1	2	3	4
10. Máte pocit, že se kvůli péči o Vašeho/Vaši příbuzného/příbuznou zhoršilo Vaše zdraví?	0	1	2	3	4
11. Máte pocit, že kvůli svému/své příbuznému/příbuzné nemáte takový soukromý život, jak byste si přál/a?	0	1	2	3	4
12. Máte pocit, že kvůli péči o Vašeho/Vaši příbuzného/příbuznou utrpěl Váš společenský život?	0	1	2	3	4
13. Je Vám kvůli příbuznému/příbuzné nepříjemné pozvat na návštěvu přátele?	0	1	2	3	4
14. Máte pocit, že příbuzný/á zřejmě očekává, že se o něj/ni budete starat, jako kdybyste byl/a jediná osoba, na kterou se může spolehnout?	0	1	2	3	4
15. Máte pocit, že nemáte dost peněz, abyste se kromě svých ostatních výdajů ještě mohl/a postarat o svého/svou příbuzného/příbuznou?	0	1	2	3	4

Příloha 10 Pokračování

16. Máte pocit, že už brzy nebudete schopen/schopna se o svého/svou příbuzného/příbuznou dále starat?	0	1	2	3	4
17. Máte pocit, že od té doby, co Váš/Vaše příbuzný/á onemocněl/a, nemáte svůj život pod kontrolou?	0	1	2	3	4
18. Přejete si, abyste mohl/a péči o příbuzného/příbuznou přenechat někomu jinému?	0	1	2	3	4
19. Nejste si jist/a, jak se máte o svého/svou příbuzného/příbuznou starat?	0	1	2	3	4
20. Máte pocit, že pro svého/svou příbuzného/příbuznou neděláte dost?	0	1	2	3	4
21. Máte pocit, že byste mohl/a o svého/svou příbuzného/příbuznou pečovat lépe?	0	1	2	3	4
	Vůbec	Trochu	Středně	Docela dost	Velice
22. Jak moc se celkově cítíte zatížen/a péčí o svého/svou příbuzného/příbuznou?	0	1	2	3	4

**KAŽDOU** položku, která souvisí s pečovatelskou rolí, označte podle vašeho názoru, vnímání a citění na hodnotící stupnici:

- 1 - Není vůbec charakteristická pro mě
- 2 - Velmi málo charakteristická pro mě
- 3 - Málo charakteristická pro mě
- 4 - Významně charakteristická pro mě
- 5 - Velmi charakteristická pro mě

1. Obávám se, zda jsem způsobilý/á poskytovat péči	1	2	3	4	5
2. Obávám se, zda budu v budoucnu schopen/a poskytovat péči	1	2	3	4	5
3. Bojím se budoucnosti kvůli nejistému zdravotnímu stavu příbuzného/příbuzné	1	2	3	4	5
4. Bojím se, že příbuzný/á bude umístěn/a do zdravotně-sociálního zařízení	1	2	3	4	5
5. Mám potíže dokončit požadované úkony péče	1	2	3	4	5

## Příloha 10 Pokračování

6. Mám potíže vykonávat požadované úkony péče	1	2	3	4	5
7. Mé změněné aktivity (činnosti) neplní svou funkci	1	2	3	4	5
8. Jsem přehnaně zaběhlý/á v pečovatelských aktivitách	1	2	3	4	5
9. Mám kardiovaskulární onemocnění	1	2	3	4	5
10. Mám diabetes mellitus	1	2	3	4	5
11. Trpím únavou	1	2	3	4	5
12. Mám potíže se zažívacím traktem	1	2	3	4	5
13. Trpím bolestmi hlavy	1	2	3	4	5
14. Mám vysoký krevní tlak	1	2	3	4	5
15. Mám výskyt vyrážky	1	2	3	4	5
16. Mám změny v tělesné hmotnosti	1	2	3	4	5
17. Jsem naštvaný	1	2	3	4	5
18. Mám problémy se spánkem	1	2	3	4	5
19. Jsem frustrovaný/á (zklamáný/á)	1	2	3	4	5
20. Jsem netrpělivý/á	1	2	3	4	5
21. Jsem přecitlivělý/á	1	2	3	4	5
22. Jsem zvýšeně nervózní	1	2	3	4	5
23. Jsem neschopný/á zvládat či vyrovnat se se zátěží	1	2	3	4	5
24. Mám málo času pro naplňování svých potřeb	1	2	3	4	5
25. Trpím pocity deprese	1	2	3	4	5
26. Moje psychika se odraží na tělesném zdraví	1	2	3	4	5
27. Trpím stresem	1	2	3	4	5
28. Mám změny ve volnočasových aktivitách	1	2	3	4	5
29. Pozoruji nízkou výkonnost v zaměstnání	1	2	3	4	5
30. Odmitám kariérní růst v zaměstnání	1	2	3	4	5
31. Vyhýbám se společenskému životu	1	2	3	4	5
32. Mám potíže se sledováním průběhu onemocnění u příbuzného/é	1	2	3	4	5
33. Pociťuji smutek ze změněného vztahu s příbuzným/příbuznou	1	2	3	4	5
34. Pociťuji nejistotu ze změněného vztahu s příbuzným/příbuznou	1	2	3	4	5
35. Mám obavy o členy rodiny	1	2	3	4	5
36. Mám konflikt v rodině	1	2	3	4	5

**Vyberte, popř. doplňte následující údaje:**

**1) Jste:**

a) žena

b) muž

**2) Uveďte Váš věk.....(doplňte)**

**3) Nejvyšší dosažené vzdělání:**

a) základní

b) vyučen

c) středoškolské (SOŠ)

d) vyšší odborné (VOŠ)

d) vysokoškolské

**4) Délka pečovatelské role.....(doplňte)**

**5) Vztah k opečovávané/mu (příbuzné/mu), např. dcera/syn, manžel/ka, druh/družka, apod.)**

.....  
**(doplňte)**



Příloha 11 Pokračování

ID	MZ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			
29	1	2	4	4	3	1	1	3	1	1	1	4	1	1	4	4	1	3	1	1	1	1	1	2	3	1	2	2	4	3	3	1	1	2	4	4	1			
30	1	2	2	4	4	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	3	3	3	3	2	2	2	2	3	2	2	1	1	1	1	5	4	3	3		
31	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	1	4	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1		
32	1	3	3	3	2	2	1	3	1	1	1	3	3	1	1	1	2	3	1	4	3	2	2	1	1	4	3	2	1	2	1	1	1	1	1	1	4	2		
33	1	1	2	3	3	2	1	1	2	4	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1		
34	1	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
35	1	1	1	3	2	1	1	5	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	3	1	2	4	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	2	1	1		
36	1	1	1	2	2	1	1	1	3	3	3	2	2	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
37	1	1	1	2	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1	5	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	
38	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	3	1	3	1	1	1	1	3	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2	3	1	1	2	1	3	3	3	1	1	
39	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2
40	1	3	3	4	4	1	1	1	1	1	1	3	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	3	1	1	1	
41	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
42	1	1	2	2	2	1	1	2	1	1	2	2	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1
43	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	
44	1	1	1	1	1	1	3	1	1	2	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	4	1	1	1	3	3	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	
45	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
46	1	1	4	2	2	1	1	4	1	1	3	3	3	4	1	5	1	5	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	5	1
47	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
48	1	1	3	5	1	1	1	1	1	1	1	2	4	2	1	1	1	1	4	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	4	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1
49	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	2	1	1	3	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	3	1	1	4	1	1
50	1	1	2	2	2	1	1	2	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	2	1
51	2	1	2	2	2	3	1	2	1	1	1	3	1	2	5	1	2	3	4	2	3	5	4	1	2	1	2	1	1	2	1	1	2	5	1	2	5	1	5	2
52	2	1	3	3	4	1	2	1	1	1	1	2	1	1	3	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2
53	2	1	4	1	1	1	1	3	1	1	2	4	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1
54	2	1	2	3	1	1	1	1	2	1	1	3	1	5	5	1	4	2	3	1	1	3	4	2	4	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	4	1	3	2	
55	2	1	1	2	2	1	2	2	2	1	1	3	2	2	1	1	4	2	4	2	2	2	3	3	3	3	2	1	2	5	2	1	1	1	2	2	4	1	1	
56	2	4	4	4	5	4	3	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	3	2	5	2	2	5	2	4	1	2	4	5	3	3	2	4	4	4	4	4	4	4	

Příloha 11 Pokračování

ID	MZ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			
57	2	4	4	2	2	3	3	3	3	3	3	4	3	3	4	3	4	3	2	2	3	4	3	1	3	2	4	3	2	4	3	2	3	3	3	3	3	3		
58	2	4	4	4	3	3	2	2	1	1	3	1	1	1	1	3	3	3	3	3	3	4	4	3	1	3	3	3	1	1	4	3	4	3	4	4	5	4		
59	2	2	1	4	1	1	1	3	1	1	5	3	3	4	1	4	4	4	4	2	3	3	3	2	1	4	4	1	4	1	1	1	4	3	5	5	5			
60	2	1	3	5	4	3	2	2	1	1	2	1	2	1	1	2	3	3	3	3	4	3	4	3	2	2	2	3	3	4	4	4	3	5	5	4	4			
61	2	4	3	3	4	3	1	1	3	2	1	3	1	1	1	4	4	4	1	4	4	1	4	2	1	3	1	4	4	3	1	4	4	1	1	1	4	3		
62	2	1	4	1	1	1	1	5	1	1	4	4	1	5	1	5	3	4	3	5	3	4	3	4	3	3	2	5	3	3	2	1	1	1	1	1	5	3		
63	2	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
64	2	1	1	2	3	1	1	5	1	1	1	4	3	2	1	4	3	2	2	2	2	2	2	3	2	5	1	4	3	3	2	5	3	1	3	3	2	3		
65	2	4	4	3	4	4	2	1	1	1	5	4	2	1	1	2	2	2	3	3	2	3	2	3	2	1	4	2	3	1	1	5	5	2	4	4	5	5		
66	2	4	4	1	1	4	4	3	1	1	4	1	3	1	1	1	1	1	1	3	3	3	4	4	3	4	2	2	3	3	3	4	3	4	4	4	4	2		
67	2	1	3	3	2	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	3	1	2	1	1	1	2	1	3	1	1	1	1	3	1	1	1	4	1	1	5	2		
68	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	5	1	1	5	4	1	3	3	4	4	2	3	4	2	3	5	1	1	1	1	1	1	1	3	2		
69	2	3	3	3	3	2	1	4	5	1	2	1	1	2	1	5	2	1	3	2	3	2	3	2	1	3	1	2	1	2	1	1	5	5	5	5	5	4		
70	2	2	1	4	5	2	1	1	1	1	2	2	4	1	1	1	2	1	2	1	2	1	3	3	3	3	3	4	4	3	3	5	1	5	5	5	5	1		
71	2	1	2	2	4	3	2	1	1	1	1	3	2	2	1	1	1	1	2	2	1	2	1	2	1	3	2	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	3	1	
72	2	2	4	5	5	3	1	1	1	3	1	1	1	1	5	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	5	3	5	1	2	1		
73	2	1	4	1	1	2	2	1	1	1	4	5	4	1	1	3	2	1	3	2	1	3	2	2	2	3	1	5	3	3	2	1	1	1	1	1	1	4		
74	2	1	4	4	3	3	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	3	3	2	2	2	2	2	3	3	4	3	3	3	2	2	2	2		
75	2	3	3	4	4	3	2	3	3	1	1	3	2	3	1	1	3	3	3	1	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	1	1	3	3	3	5	4	4		
76	2	2	2	4	3	1	3	4	1	1	2	3	4	1	1	1	2	1	3	2	2	1	4	2	1	1	3	1	1	3	1	1	4	3	4	3	4	2		
77	2	1	5	2	1	1	2	5	1	1	2	2	2	2	2	1	5	2	2	1	1	5	2	2	2	2	2	5	1	1	1	1	1	3	2	2	5	5		
78	2	2	2	3	3	2	2	1	1	5	1	5	1	1	1	1	5	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
79	2	1	4	4	4	1	1	1	4	5	2	1	1	1	1	1	1	3	1	3	4	2	2	1	4	1	1	4	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1		
80	2	1	4	4	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
81	2	5	5	3	1	1	1	5	1	1	5	1	1	1	1	5	1	1	5	1	1	5	5	1	5	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
82	2	5	1	1	1	3	3	1	5	5	1	3	5	1	1	1	5	1	1	5	1	2	3	4	1	5	3	1	1	2	1	1	2	1	5	5	5	3		
83	2	5	2	2	5	2	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	5	1	5	5	1	5	5	5	2	
84	2	2	3	3	3	2	1	1	1	1	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2



Příloha 11 Pokračování

ID	MZ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36					
85	2	2	2	5	5	2	2	2	3	1	1	4	5	4	1	1	3	5	3	3	4	5	4	3	3	3	4	3	4	1	1	5	1	5	1	5	1	1				
86	2	1	1	3	4	1	1	1	3	1	1	3	3	3	1	1	2	3	1	1	3	3	3	2	2	1	1	1	2	2	3	1	1	4	4	4	1					
87	2	1	2	4	1	1	1	3	4	1	1	5	4	4	4	1	4	3	5	4	3	4	4	4	3	2	4	4	1	4	1	2	1	5	4	5	1					
88	2	2	4	4	5	3	3	3	4	1	1	4	2	3	2	2	2	2	3	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	3	2	4	3	3	3	4	4					
89	2	2	3	4	1	1	1	1	2	1	1	3	1	3	1	1	1	2	4	4	2	2	1	1	3	1	1	1	2	1	1	4	1	3	2	1	1					
90	2	5	5	3	5	4	4	1	1	1	1	3	1	2	1	5	2	3	1	2	2	3	3	2	4	1	1	3	3	5	5	2	3	3	3	1	1					
91	2	5	5	5	5	5	3	3	5	5	5	5	2	2	5	1	1	1	5	3	3	3	3	1	1	2	5	5	1	1	1	1	5	5	5	5	5					
92	2	2	5	4	4	3	2	1	1	5	5	4	4	2	4	1	1	1	5	2	2	5	5	2	2	2	2	2	4	1	1	5	5	5	5	5	1					
93	2	5	4	5	3	2	2	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	2	3	2	5	5	3	4	3	2	3	1	3	4	2	2	4	3	3	2	2	4				
94	2	1	2	2	4	5	3	3	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	3	1	1	3	1	4	2	1	1	1	1	1	1	5	2	4	3	3	1					
95	2	3	5	4	5	2	1	1	1	2	1	2	2	4	1	1	3	1	3	3	1	1	1	1	1	2	3	3	2	1	1	2	5	3	3	1	1	2	5	3	3	1
96	2	1	4	4	4	1	1	1	1	2	1	5	3	4	1	2	3	4	4	5	3	1	3	2	4	4	4	4	3	2	1	1	1	2	2	4	3	2	4	3		
97	2	1	3	3	4	1	4	3	1	1	1	2	1	2	1	1	1	4	3	1	1	1	1	1	1	3	1	1	3	3	1	1	1	3	3	3	3	3	2			
98	2	1	4	5	5	1	1	1	1	1	5	1	3	1	1	1	1	3	1	2	2	3	3	2	5	1	1	4	5	2	5	4	1	1	1	1	3	3	1			
99	2	2	2	5	1	1	1	3	3	1	1	1	4	4	4	4	2	1	5	1	1	1	1	1	1	2	3	3	3	4	3	3	1	4	4	4	1	1	4	1		
100	2	1	5	5	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	3	5	3	3	5	3	1	1	3	3	1	5	1	1	2	5	5	5	5	5	5	5			
101	2	4	4	3	4	2	3	2	1	1	1	3	3	1	5	1	4	3	2	2	3	2	3	2	1	1	3	2	4	3	3	2	1	3	2	1	3	3	2			
102	2	1	1	3	4	1	1	2	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1	2	3	3	2	2	1	1	2	2	2	2	3	4	3	1	3	3	2	2	2	2			
103	2	2	3	1	1	1	2	3	1	1	4	2	4	5	1	2	3	2	4	2	4	2	4	2	2	4	2	3	2	1	4	2	1	1	2	1	1	2	1	5	1	
104	2	5	4	4	3	5	1	3	4	1	1	5	4	5	1	1	4	5	4	4	5	5	5	4	5	3	5	4	5	4	4	5	3	5	5	5	5	5	5			
105	2	3	3	2	2	3	3	3	3	1	1	3	1	3	1	1	2	3	3	3	2	3	3	3	4	3	2	3	4	3	2	4	2	2	2	2	2	2	3	3		
106	2	1	3	4	5	1	1	2	3	1	1	3	3	1	1	3	1	1	1	1	1	1	4	3	3	3	4	3	3	4	5	4	1	3	3	5	4	4	4			
107	2	2	2	4	1	1	2	3	3	1	1	5	4	1	1	1	3	2	3	1	1	2	2	2	3	1	3	2	3	3	4	2	2	2	2	2	2	3	4	4		
108	2	5	5	4	3	1	1	1	3	1	1	2	1	1	1	1	3	1	2	2	2	1	1	2	2	1	1	2	1	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4	3		
109	2	1	1	3	1	1	1	1	3	1	1	5	3	4	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	3	2	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1		
110	2	2	4	4	4	1	1	1	1	1	1	3	1	3	4	1	2	2	1	2	4	2	2	1	3	1	2	4	1	2	4	1	2	1	4	2	2	2	2	2		

Příloha 11 Pokračování

ID	MZ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
111	2	1	1	2	2	1	1	2	3	1	1	2	1	2	1	1	2	2	3	2	3	3	3	2	2	2	2	2	3	1	5	3	2	4	3	3	1		
112	2	2	4	4	2	4	2	1	1	1	2	2	1	5	1	1	3	1	1	3	3	2	2	2	2	1	1	2	2	1	3	2	1	5	1	4	1		
113	2	1	2	2	2	2	3	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1		
114	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	2	1	2	1	1	2	2		
115	2	4	4	3	2	2	2	1	1	4	2	4	4	1	1	1	4	1	1	4	1	3	3	3	3	2	2	3	4	2	3	3	2	2	3	4	2		
116	2	3	3	1	1	1	2	2	1	3	3	3	2	1	1	1	3	3	3	4	3	3	4	3	3	4	3	3	4	1	4	3	2	3	3	2			
117	2	2	3	2	4	2	2	2	4	1	2	2	1	4	1	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1	1	3	2	2	2	2	2		
118	2	1	1	5	1	1	1	1	1	2	5	3	2	1	1	5	2	3	3	3	5	3	1	4	2	2	2	5	4	1	1	1	2	4	4	2	2		
119	2	2	3	3	2	1	1	1	2	1	3	1	1	1	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	2	3	2	1	4	4	4		
120	2	3	3	3	3	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	3	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	
121	2	3	3	3	3	4	1	5	5	5	5	5	5	1	1	3	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	5	1		
122	2	4	5	5	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	1	3	4	4	3	4	3	4	3	4	2	3	3	3	2	2	1	3	4	3	3	4	3		
123	2	3	3	4	4	3	2	3	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	1	1	2	2	2	2	1	1	1	3	1	1	1	3	1	3	3		
124	2	2	3	5	5	2	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	3	5	3	4	4	3	2	2	4	2	3	3	1	1	2	2	4	3	3	2		
125	2	3	4	4	1	1	3	3	1	1	3	1	5	1	3	5	1	3	5	1	5	4	1	5	4	3	4	4	3	3	1	1	1	5	5	5	1		
126	2	5	5	5	5	5	5	1	1	2	1	1	1	3	1	1	1	1	2	1	1	2	2	3	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	
127	2	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	2	1	3	1	4	4	4	1		
128	2	1	1	2	2	1	1	2	2	3	1	3	2	2	3	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	4	1	1	4	1	1	4	1	1	1	2	1		
129	2	1	1	3	1	1	1	3	1	1	3	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	3	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	5		
130	2	2	3	5	5	1	1	2	3	1	1	4	1	4	1	1	1	1	1	3	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	3	1	2	1	1	1	1		
131	2	1	2	1	1	1	2	1	5	3	1	1	1	1	1	1	5	2	2	4	2	1	3	3	2	5	3	3	3	2	1	1	2	1	3	5	1		
132	2	3	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	2	1	1	2	1	
133	2	1	1	2	2	1	1	3	3	1	1	3	1	1	5	1	1	1	1	1	2	1	1	4	4	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
134	2	3	3	3	3	3	3	1	1	3	1	3	1	3	1	1	1	3	1	1	3	1	1	3	1	3	1	3	1	4	1	1	3	1	1	3	1	3	3
135	2	1	1	4	3	1	1	2	2	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2	2	1	
136	2	4	4	4	3	1	1	2	1	1	4	1	1	5	1	1	5	1	1	3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	4	1	1	3	2	4	3	2	5	

Příloha 11 Pokračování

ID	MZ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
137	2	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1	4	2	3	1	2	3	3	2	3	2	2	2	2	1	3	2	2	3	4	2	1	1	1	2	1	5	2	
138	2	2	1	3	2	1	1	1	2	1	1	3	1	2	1	1	2	2	1	2	2	5	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1	3	1	3	2	5	1	
139	2	1	3	4	5	5	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	
140	2	1	2	3	3	2	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	3	3	1	2	2	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	
141	2	3	3	3	2	2	2	3	3	1	1	4	3	4	2	1	2	1	4	3	2	3	4	3	4	2	3	3	5	4	5	5	4	1	1	1	1		
142	2	1	2	2	5	1	1	1	5	2	2	1	5	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	
143	2	1	1	5	1	2	2	1	1	1	5	3	1	5	5	1	3	2	4	1	1	2	1	1	2	1	1	2	5	5	3	2	2	5	2	1	5	1	
144	2	2	3	2	4	3	2	1	1	1	1	4	2	4	1	1	1	2	1	1	2	2	2	1	4	3	1	5	3	1	1	2	2	2	2	2	4	4	
145	2	3	5	1	1	1	2	1	1	1	1	3	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	
146	2	1	5	5	5	3	3	1	1	5	5	4	5	5	4	5	5	4	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	1	5	5	1	5	5	5	5	
147	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	3	1	3	1	1	3	2	3	3	1	1	1	1	1	3	2	2	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
148	2	2	5	5	5	1	2	2	2	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	2	3	1	1	3	4	2	2	3	1	3	3	3	2		
149	2	1	5	5	5	1	1	1	1	1	5	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	5	3	1	1	1	1	1	1	5	3	1	1	1	5	5	1	1	
150	2	2	2	4	3	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	4	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	5	1	
151	2	1	1	3	4	1	1	3	4	1	1	4	1	1	1	1	1	2	1	4	1	1	1	3	2	1	3	2	1	3	1	2	1	4	1	4	2	5	1
152	2	1	1	2	1	1	2	1	3	1	1	4	2	2	1	1	3	3	3	1	2	3	3	2	5	1	2	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	4	
153	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	3	1	3	1	1	1	2	3	2	1	1	1	2	3	1	2	2	3	1	1	3	1	1	1	1	2	3	
154	2	4	4	3	2	3	3	4	1	1	1	1	2	1	1	1	1	3	2	3	4	4	3	4	4	3	2	2	3	2	3	1	2	5	5	5	1		
155	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	3	1	1	1	1	5	3	1	2	1	1	1	3	2	
156	2	1	2	1	2	2	1	1	2	5	1	3	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	3	1	1	1	2	1	1	1	2	1
157	2	3	2	2	2	1	1	2	2	1	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1	2	1	3	2	1	1	2	3	3	2	1
158	2	3	4	4	4	3	3	2	3	5	1	2	2	1	5	1	1	3	5	3	4	4	3	3	4	3	4	3	4	1	1	4	4	3	4	4	3	4	1
159	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	4	3	3	1	3	3	1	1	1	
160	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	3	1	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	
161	2	1	4	4	4	1	1	1	3	1	1	3	1	3	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	3	1	1	1	1	4	1	1	1	5	4	1	1	1	
162	2	1	5	5	5	1	1	1	1	1	5	3	5	5	1	1	1	5	1	5	5	5	5	3	1	2	1	2	1	1	1	1	1	3	5	5	1	1	
163	2	3	3	3	4	3	3	2	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	1	4	4	2	
164	2	1	3	2	2	1	1	2	3	1	1	3	1	1	5	1	1	3	4	1	3	4	1	3	3	2	4	1	1	3	1	1	4	1	1	1	5	5	

Příloha 11 Pokračování

ID	MZ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			
165	2	2	2	3	2	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	4	1	1	2	4	1	1	4	2	2	2	4	2		
166	2	3	3	3	2	1	1	2	2	1	1	4	2	5	1	1	2	3	4	2	2	4	3	3	3	3	3	4	4	3	3	2	1	3	3	3	2	2		
167	2	2	3	4	4	2	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	3	3	2	3	4	4	3	2	4	2	4	3	3	2	1	2	1	2	1	2	3	4	3	
168	2	1	2	4	2	1	1	1	3	2	1	4	4	3	5	1	4	1	3	2	1	3	3	2	4	1	4	1	4	1	1	1	1	1	2	2	2	2		
169	2	1	5	5	3	1	2	1	1	1	1	4	4	1	5	1	1	1	5	1	1	5	3	1	5	3	3	4	5	3	4	5	1	3	5	5	1	1		
170	2	3	2	1	1	1	1	1	1	5	1	3	1	3	5	5	1	1	2	5	3	5	3	3	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
171	2	1	1	4	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	5	1	3	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	4	2	1
172	2	1	2	3	1	5	5	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	5	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	3	5	2	1	
173	2	3	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
174	2	1	2	5	5	1	1	4	2	1	1	3	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	1	4	1	1	1	4	2	1	2	1	2	1	2	2	5	1	
175	2	3	3	5	5	1	1	1	1	1	1	3	3	4	1	1	1	2	3	2	2	2	3	1	2	1	2	3	1	1	1	1	1	1	3	4	3	4	2	
176	2	2	2	3	2	2	1	2	2	1	1	3	2	1	3	1	3	2	3	2	1	1	2	2	3	2	3	2	4	3	4	3	3	3	3	2	2	2	2	
177	2	3	4	4	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	1	1	1	4	1	3	1		
178	2	1	2	2	1	1	4	2	1	1	3	4	1	1	1	1	3	4	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	
179	2	2	1	2	1	1	4	3	3	1	1	5	5	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	4	4	5	3	3	4	4	1	1	1	
180	2	2	3	3	2	1	2	2	1	1	3	1	1	1	1	1	2	2	3	2	2	2	2	2	3	2	1	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	
181	2	3	3	3	3	3	1	1	4	1	3	2	2	4	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	
182	2	4	4	4	4	4	3	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	
183	2	1	4	2	3	1	1	2	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1		
184	2	2	2	2	1	1	3	1	1	1	1	4	1	3	5	1	1	3	3	1	1	4	3	4	5	2	1	2	2	2	1	1	4	3	4	3	4	3		
185	2	2	5	5	5	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	2	1	5	1	5	1	1	5	3	2	2	5	5	1	1	1	1		
186	2	1	1	5	5	1	4	3	3	2	1	2	1	2	3	1	2	1	3	1	1	1	1	2	4	3	3	2	4	3	1	3	1	2	1	2	1	2	2	
187	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	
188	2	3	2	3	2	2	1	1	1	1	3	2	1	1	1	1	1	2	3	2	3	2	3	2	2	3	2	3	3	3	1	1	3	1	2	2	2	2	2	
189	2	1	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	
190	2	3	3	3	3	3	4	2	4	5	5	3	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	3	3	3	3	
191	2	1	1	4	4	1	1	1	2	1	1	3	1	1	1	1	4	3	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	3	5	1	1	4	2	1	1	
192	2	5	5	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	3	3	1	1	1	1	1	

Příloha 11 Pokračování

ID	MZ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
193	2	1	3	2	3	1	2	2	3	1	1	3	2	2	4	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	2	
194	3	1	2	5	1	1	1	1	1	5	5	5	1	1	1	3	5	1	1	1	3	5	1	5	1	5	1	5	1	5	5	5	5	1	1	1	5	3	
195	3	3	5	5	3	1	1	1	1	1	3	1	2	2	2	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
196	3	5	5	5	3	4	3	4	1	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	2	1	3	2	5	5	5	5	
197	3	1	4	4	3	2	3	4	3	1	1	5	5	1	4	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	5	4	4	4	5	
198	3	3	3	3	3	1	1	3	1	1	1	3	3	1	1	3	3	1	1	3	1	2	2	3	2	5	1	4	3	5	2	2	1	2	2	4	4	4	
199	3	3	3	3	3	1	1	2	1	1	2	5	5	2	1	1	4	5	3	3	3	4	4	4	4	4	2	1	2	2	1	1	5	1	2	3	3	1	
200	3	3	4	5	4	1	1	3	1	1	1	4	1	3	1	1	5	2	5	4	4	5	3	5	3	5	4	5	5	1	1	2	3	4	4	2	1	1	
201	3	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
202	3	2	5	5	3	2	3	4	1	1	1	5	1	5	1	1	5	5	1	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	1	5	3	3	3	4	1	
203	3	4	4	4	4	3	3	3	1	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2
204	3	4	4	4	4	3	3	4	2	1	1	4	4	4	1	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	3	2	3	3	3	3	3	3	2
205	3	4	5	5	3	3	4	4	1	1	4	2	2	2	2	2	4	3	4	3	3	4	3	3	5	4	3	4	3	4	3	2	3	2	4	4	4	3	
206	3	3	4	5	3	2	3	3	1	1	5	2	2	1	1	1	3	3	1	4	4	4	4	2	3	3	3	3	3	4	4	4	2	3	4	3	3	3	
207	3	2	4	5	5	1	1	1	2	5	1	4	1	2	5	1	1	4	5	1	4	4	4	4	2	3	3	3	3	4	1	1	3	1	2	2	1	1	
208	3	3	2	2	1	2	2	3	1	1	4	2	2	5	1	2	3	3	3	3	3	2	3	2	3	2	2	2	2	3	4	2	1	2	2	3	3	3	
209	3	2	5	5	1	1	1	2	2	5	1	5	1	5	5	1	1	3	4	5	5	1	5	1	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	4	2	5	1	
210	3	4	4	4	1	1	3	3	1	2	5	3	3	3	5	1	2	2	5	2	3	1	1	2	5	1	2	3	5	5	1	2	3	5	5	4	4	3	3
211	3	3	4	4	4	3	1	1	1	1	4	2	3	1	1	2	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	1	3	2	4	4	2	3	3	5	3	5	4	
212	3	4	4	5	2	1	4	3	2	1	1	5	2	3	1	1	5	5	1	5	5	5	5	2	5	5	5	4	5	5	1	1	3	4	5	4	2	1	
213	3	1	3	2	2	1	2	1	3	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	5	1	1	2	1	1	4	1	1	1	1	3	1	1	4	3	3	1	1	
214	3	4	5	5	5	1	1	1	2	3	1	4	4	5	5	1	2	1	4	3	2	4	4	2	4	2	4	2	4	3	5	1	1	1	5	5	5	1	
215	3	1	1	1	3	2	2	1	1	1	5	4	4	4	4	1	2	3	3	3	1	3	2	2	3	3	3	3	3	1	4	3	2	1	2	2	3	3	
216	3	1	5	4	4	3	2	3	4	2	1	2	1	4	1	1	2	3	2	2	2	2	3	1	4	1	2	2	5	1	1	1	2	3	3	4	2	2	
217	3	1	4	4	2	2	2	4	1	1	4	3	3	2	1	1	4	4	4	4	4	4	4	2	4	2	1	2	4	2	3	1	1	1	1	1	2	3	
218	3	1	1	1	1	1	1	3	4	5	4	1	3	5	1	4	1	5	1	1	3	1	1	1	1	1	4	1	1	5	1	1	4	1	1	1	1	3	
219	3	2	3	3	3	2	2	2	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	3	2	2	1	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
220	3	4	4	3	3	5	1	5	1	1	5	1	1	1	1	1	3	2	5	2	2	5	1	1	5	1	5	1	5	3	5	1	1	1	5	4	4	1	

Příloha 11 Pokračování

ID	MZ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
221	3	2	2	2	1	1	2	2	1	1	5	1	5	1	3	2	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	3	3	4	3	3	2	2	2	2	4	2	
222	3	2	3	2	4	3	3	1	2	4	1	5	3	3	5	1	5	4	4	4	2	2	4	3	4	2	3	3	4	2	2	4	1	3	4	4	2		
223	3	2	3	4	4	2	2	4	1	1	3	1	3	5	1	1	2	2	2	2	2	2	1	3	5	2	3	2	3	2	1	4	2	3	3	4	2		
224	3	3	4	4	4	3	3	4	2	1	3	1	2	2	2	1	4	2	2	4	4	4	4	4	5	4	3	3	4	3	4	3	3	3	4	5	5		
225	3	1	1	1	1	1	1	1	3	1	2	1	1	1	1	1	3	1	1	3	1	1	3	3	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	4	1	
226	3	2	3	3	3	1	1	1	2	1	1	3	1	3	1	1	3	3	4	4	4	3	3	4	4	4	2	2	3	1	1	4	1	5	5	5	2		
227	3	4	4	5	2	2	2	1	1	4	5	3	1	1	3	3	4	3	4	4	4	4	4	2	2	4	4	4	2	2	1	4	3	5	4	2	3		
228	3	2	4	4	1	1	1	4	1	1	3	5	2	1	3	5	2	2	1	1	4	3	1	5	2	5	2	5	1	2	1	1	1	2	2	3	3		
229	3	4	4	4	2	1	1	1	1	1	3	4	1	1	1	4	3	4	2	4	1	4	1	3	4	4	4	3	4	1	1	1	1	1	4	4	3		
230	3	4	5	3	2	2	1	4	1	1	3	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	5	1	1	2	3	2	1	3	1	1	1	1	1		
231	3	1	4	4	5	1	1	1	1	1	4	3	1	1	1	4	4	5	4	4	4	4	5	3	3	3	4	4	3	1	1	4	1	4	1	4	5	4	
232	3	4	3	3	4	2	3	3	2	3	3	1	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	1	2	5	3	2	3	3	4		
233	3	1	4	5	4	4	3	4	5	5	1	1	5	1	4	3	4	3	4	3	3	3	4	3	4	4	4	4	1	1	2	1	2	2	3	1	2	3	1
234	3	5	5	5	5	4	4	3	1	4	3	1	1	3	3	1	1	2	4	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	4	3	3	2	3	4	3	1	1	
235	3	1	4	5	1	1	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	
236	3	3	4	4	2	3	3	2	2	1	4	1	1	3	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	3	1	3	3	2	1	1	2	2	3	3	1	2	3	1
237	3	1	3	4	3	2	2	3	2	1	1	2	1	4	1	1	1	2	1	2	3	3	3	2	4	2	2	2	2	3	2	1	3	2	3	3	3	3	
238	3	2	3	4	1	3	2	2	1	1	3	1	2	1	1	3	3	5	3	2	4	2	3	5	4	4	3	5	2	4	2	3	5	4	2	4	4	2	
239	3	1	2	2	3	1	1	1	4	4	2	1	1	5	1	1	1	4	1	4	5	3	1	3	1	3	1	3	3	4	3	1	2	1	4	4	3	2	
240	3	3	5	2	3	3	2	5	1	5	5	4	4	4	4	1	5	4	3	3	2	2	3	3	5	5	5	5	5	2	5	5	3	5	3	5	5	3	
241	3	2	2	4	2	3	3	4	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	4	3	4	3	4	4	4	3	4	3	4	3	2	3	2	4	4	4	4	2	
242	3	3	4	4	4	3	3	4	2	1	4	3	4	1	1	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	2	3	3	3	3	3	3	2	
243	3	2	1	5	5	1	1	1	3	1	3	3	3	5	5	3	1	5	5	1	5	3	1	5	3	1	5	5	3	1	1	1	5	1	3	3	5	1	
244	3	2	4	4	4	2	2	1	1	1	3	3	1	1	1	2	3	1	3	2	4	2	2	5	1	2	3	4	2	4	2	2	5	2	2	5	2	3	
245	3	3	4	4	4	3	2	5	3	1	1	5	3	2	2	1	2	2	3	2	2	3	3	3	4	1	2	2	5	2	3	4	2	3	3	4	2	3	
246	3	2	4	5	5	1	2	1	4	1	1	4	1	2	5	1	1	2	4	1	2	4	1	2	2	5	2	2	5	1	1	1	1	5	4	4	1	1	
247	3	2	2	3	3	2	4	2	3	1	1	3	3	3	1	1	2	1	4	1	2	2	1	4	1	4	1	2	2	5	1	1	5	1	2	1	1	1	
248	3	3	3	4	4	4	1	1	1	1	1	5	4	5	1	1	3	2	5	2	2	5	5	4	4	4	5	5	5	5	1	1	2	2	2	2	2	1	1

Příloha 11 Pokračování

ID	MZ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	
249	3	4	4	2	1	1	4	1	4	1	4	3	3	3	1	1	2	4	4	4	4	4	4	2	5	2	4	5	5	4	1	1	4	4	2	5	4	
250	3	1	3	4	1	3	3	3	4	1	5	3	3	1	1	5	3	5	5	3	1	4	3	5	3	5	3	5	5	3	1	1	3	3	3	3	1	
251	3	1	5	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1	1	3	4	1	1	3	1	4	4	4	1	
252	3	3	5	5	1	3	1	1	5	1	4	3	4	5	1	1	1	5	3	1	1	1	3	3	1	3	3	1	3	4	1	1	1	3	3	1	5	1
253	3	1	2	2	1	1	2	2	3	1	1	4	1	4	1	2	4	3	4	4	1	1	1	2	5	3	3	3	4	2	2	2	2	2	5	2	3	1
254	3	3	3	4	1	3	2	5	1	1	5	3	3	1	1	1	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	2	2	3	5	4	4	4	5
255	3	1	5	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	5	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	5	1	1	1	1	5	5	5	1
256	3	1	4	5	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	4	4	1	1	1
257	3	2	3	4	5	2	1	1	2	1	1	3	1	2	4	1	1	3	3	3	2	3	3	4	5	3	3	3	5	3	3	1	1	1	3	5	5	
258	3	2	2	5	1	1	3	1	1	1	3	1	4	4	1	1	3	1	3	1	3	3	3	1	2	4	4	3	3	4	4	3	1	2	2	5	3	
259	3	5	5	2	3	4	2	2	1	5	5	4	4	4	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	2	2	1	2	2	2	5	5	
260	3	4	4	3	2	2	1	1	4	1	3	1	1	4	1	1	1	1	1	1	2	1	3	2	3	1	1	1	2	3	1	1	2	3	4	3	5	1
261	3	1	2	3	4	2	2	5	1	1	4	1	3	1	1	4	2	2	3	2	4	3	3	5	2	3	5	2	3	5	3	4	5	1	1	1	5	1
262	3	2	2	4	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	3	3	1	1
263	3	1	2	5	4	1	1	1	1	5	4	5	4	2	4	2	5	5	2	2	2	3	2	3	2	3	2	4	5	2	5	5	2	3	1	1	4	1
264	3	3	5	5	3	2	1	1	1	1	3	2	2	3	1	1	4	4	3	5	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	1	2	1	2	2	2	3
265	3	1	4	4	2	3	2	1	1	1	3	2	1	4	1	2	2	3	2	1	2	2	2	3	4	4	2	2	3	4	1	1	3	1	3	4	4	1

Příloha 11 Pokračování

ID	MZ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
266	4	2	4	4	2	4	4	3	1	5	5	5	5	2	5	2	5	4	1	5	3	2	4	4	4	2	3	4	5	4	1	5	1	5	5	3	5		
267	4	1	5	5	1	1	5	1	5	1	5	5	5	5	5	1	1	5	5	5	5	1	5	3	5	3	5	5	5	3	5	3	1	5	5	5	5		
268	4	1	5	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	5	1	1	1	1	5	3	1	1	3	1	5	3	1	3	5	1	1	1	5	5	5	5		
269	4	1	5	5	1	1	5	1	5	1	5	5	1	5	5	1	1	5	5	5	5	3	5	5	1	5	5	5	5	1	1	3	5	5	5	5	5	1	
270	4	1	5	5	1	1	3	3	1	1	4	3	5	5	5	1	3	3	3	3	3	3	1	1	4	3	3	3	5	1	1	5	1	3	5	5	5	5	3
271	4	2	5	5	3	1	2	1	4	1	1	4	4	4	4	1	1	1	1	5	1	1	1	1	5	1	3	3	4	1	1	5	1	3	3	3	3	3	
272	4	3	4	2	2	2	3	2	4	1	4	5	1	5	1	5	1	5	5	5	5	5	1	5	4	5	3	5	5	1	1	3	1	1	2	3	5	5	
273	4	2	3	5	3	3	4	2	1	2	4	3	3	3	5	1	3	5	5	3	4	5	5	3	5	3	3	3	5	4	1	2	3	4	4	3	4	3	4
274	4	5	5	4	5	5	3	1	1	1	5	3	3	3	1	1	1	3	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4	3	5	5	5	5	3	
275	4	1	1	4	3	1	1	3	1	2	3	1	1	1	1	1	3	1	3	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	4	1	1	3	1	2	1	3	3
276	4	4	4	5	4	4	3	1	1	1	5	3	5	5	1	1	5	5	5	5	5	1	5	5	2	5	2	5	5	5	5	5	1	5	5	1	5	5	3
277	4	4	4	4	4	4	1	4	4	1	2	5	5	5	5	3	3	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	1	5	1	1	4	4	4	4	4	4



Příloha 12 Vzdělání respondentů

<b>Vzdělání</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>	<b>Kumulativní četnost (%)</b>
Základní	19	6,9	6,9
Vyučení	67	24,2	31,1
Středoškolské	117	42,2	73,3
Vyšší odborné	16	5,8	79,1
Vysokoškolské	58	20,9	100,0
Celkem	277	100	

Příloha 13 Délka pečovatelské role

<b>Délka</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>	<b>Kumulativní četnost (%)</b>
do 5 let	188	67,9	67,9
do 10 let	66	23,8	91,7
do 15 let	10	3,6	95,3
do 20 let	4	1,4	96,7
do 25 let	6	2,2	98,9
do 30 let	3	1,1	100,0
Celkem	277	100	

Příloha 14 Vztah k opečovávané osobě

<b>Vztah</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>	<b>Kumulativní četnost (%)</b>
Dcera/syn	111	40,1	40,1
Manžel/ka	60	21,7	61,7
Druh/žka	7	2,5	64,3
Vnuk/vnučka	29	10,5	74,7
Matka/otec	23	8,3	83,0
Prarodiče	6	2,2	85,2
Bratr/sestra	4	1,4	86,6
Tchyně/tchán	7	2,5	89,2
Snacha/zeť	25	9,0	98,2
Neteř	1	0,4	98,6
Teta/strýc	3	1,1	99,6
Švagrová	1	0,4	100,0
Celkem	277	100	

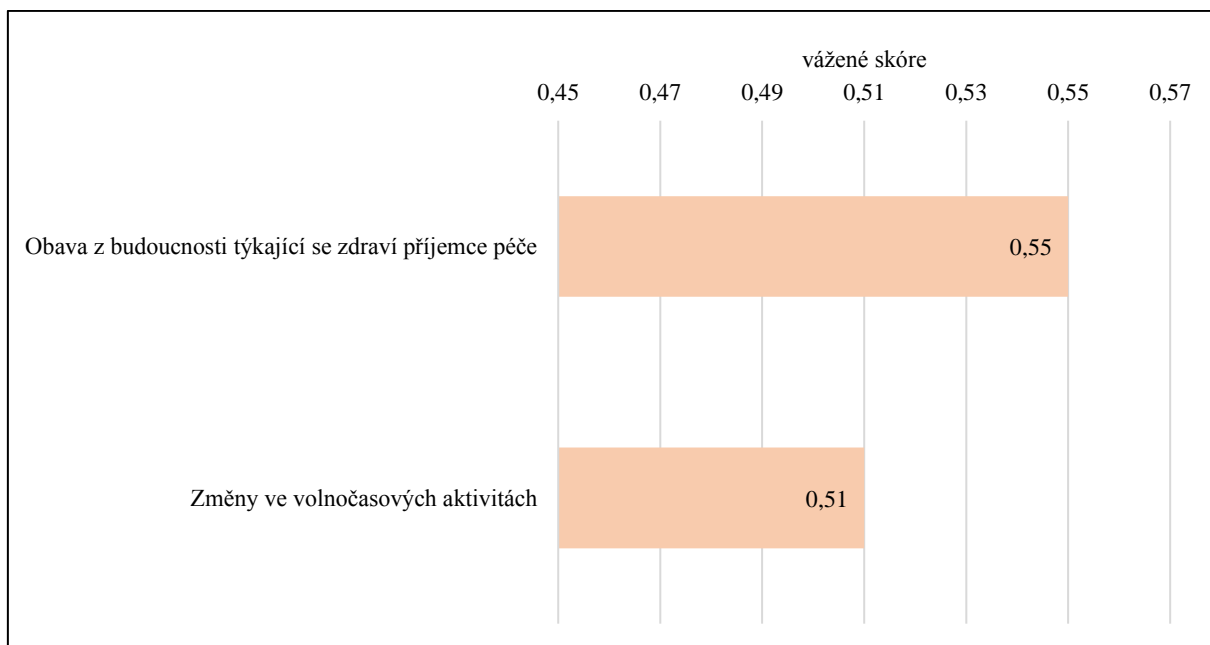
Příloha 15 Míra zátěže pečovateli

Míra zátěže	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Kumulativní četnost (%)
Nulová až malá	50	18,1	18,1
Mírná až střední	143	51,6	69,7
Střední až těžká	72	26,0	95,7
Závažná	12	4,3	100,0
Celkem	277	100	

Míra zátěže	$\bar{x}$	SD	Medián
Nulová až malá	13,3	5,1	14
Mírná až střední	30,4	5,9	31
Střední až těžká	47,3	5,2	46
Závažná	66,3	5,0	66

$\bar{x}$  – aritmetický průměr, SD – směrodatná odchylka

## Příloha 16 Vedlejší definující charakteristiky (celková sumarizace)



Zdroj definujících charakteristik: HERDMAN, R. H. 2013. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2012–2014 = Nursing diagnoses: definitions and classification: 2012–2014*. překl. Kudlová, Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8.

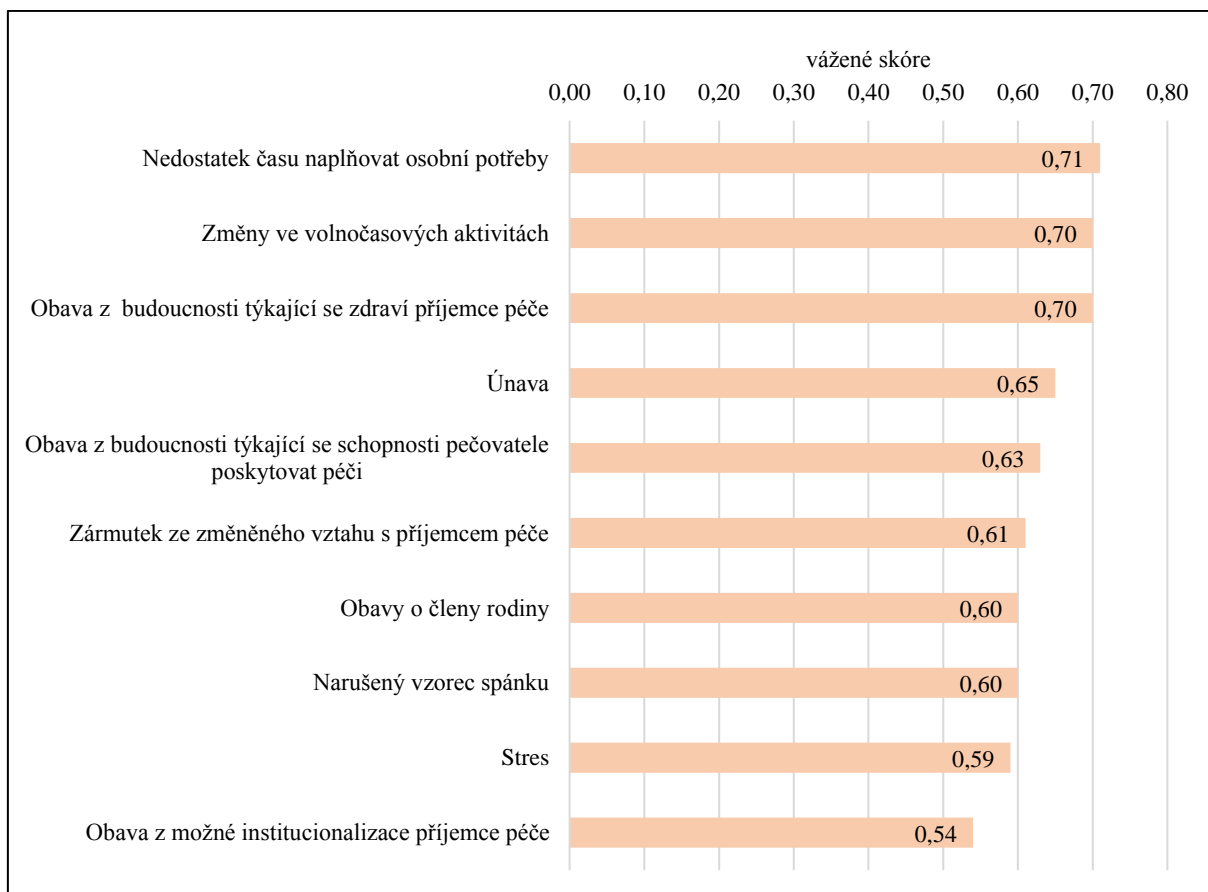
Příloha 17 Vedlejší definující charakteristiky (skupina 2, 3, 4)

Vedlejší určující znaky	vs	$\bar{x}$	SD
Obava z budoucnosti týkající se zdraví příjemce péče	0,60	3,39	1,31
Změny ve volnočasových aktivitách	0,57	3,13	1,39
Únava	0,55	3,19	1,27
Obavy o členy rodiny	0,53	3,11	1,46
Nedostatek času naplňovat osobní potřeby	0,52	3,09	1,35
Obava z budoucnosti týkající se schopnosti pečovatele poskytovat péči	0,52	3,08	1,34

vs – vážené skóre,  $\bar{x}$  – aritmetický průměr, SD – směrodatná odchylka

Zdroj definujících charakteristik: HERDMAN, R. H. 2013. *Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2012–2014 = Nursing diagnoses: definitions and classification: 2012–2014*. překl. Kudlová, Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8.

## Příloha 18 Vedlejší definující charakteristiky (3. skupina)



Zdroj definujících charakteristik: HERDMAN, R. H. 2013. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2012–2014 = Nursing diagnoses: definitions and classification: 2012–2014*. překl. Kudlová, Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8.

Příloha 19 Nevýznamné definující charakteristiky (3. skupina)

Nevýznamné určující znaky	vs	$\bar{x}$	SD
Zvýšená emoční labilita	0,50	2,99	1,35
Nervozita	0,49	2,96	1,34
Somatizace	0,49	3,40	3,87
Nejistota ze změněného vztahu s příjemcem péče	0,48	2,90	1,18
Zlost	0,45	2,79	1,28
Netrpělivost	0,42	2,68	1,29
Frustrace	0,42	2,68	1,33
Stažení se ze společenského života	0,42	2,70	1,35
Bolesti hlavy	0,40	2,60	1,35
Pocity deprese	0,40	2,60	1,36
Neefektivní zvládnání zátěže	0,37	2,47	1,20
Obava, zda je poskytovatel způsobilý péči poskytnout	0,36	2,42	1,21
Hypertenze	0,36	2,43	1,65
Změna tělesné hmotnosti	0,34	2,38	1,42
Přehnané zabývání se pečovatelskou rutinou	0,32	2,26	1,22
Potíže GIT	0,32	2,26	1,43
Konflikt v rodině	0,30	2,21	1,30
Potíže dohlédnout na příjemce péče v průběhu onemocnění	0,29	1,95	1,06
Potíže vykonávat požadované úkoly	0,28	2,13	1,03
Nízká produktivita práce	0,28	2,11	1,17
Dysfunkční změna v pečovatelských aktivitách	0,27	2,08	1,12
Potíže dokončit požadované úkoly	0,26	2,06	1,09
Odmítání kariérního postupu	0,24	1,97	1,31
Kardiovaskulární onemocnění	0,22	1,65	1,31
Diabetes mellitus	0,14	1,56	1,34
Vyrážka	0,10	1,40	0,99

vs – vážené skóre,  $\bar{x}$  – aritmetický průměr, SD – směrodatná odchylka

Zdroj definujících charakteristik: HERDMAN, R. H. 2013. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2012–2014 = Nursing diagnoses: definitions and classification: 2012–2014*. překl. Kudlová, Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8.



Příloha 20 Hlavní definující charakteristiky (4. skupina)

Hlavní určující znaky	vs	$\bar{x}$	SD
Obava z budoucnosti týkající se zdraví příjemce péče	0,88	4,50	0,91
Únava	0,88	4,50	0,68
Změny ve volnočasových aktivitách	0,86	4,42	1,17
Hypertenze	0,81	4,25	1,55
Obava z budoucnosti týkající se schopnosti pečovatele poskytovat péči	0,79	4,17	1,19
Narušený vzorec spánku	0,79	4,17	1,27
Nedostatek času naplňovat osobní potřeby	0,79	4,50	0,91
Obavy o členy rodiny	0,77	4,08	1,00
Obava z možné institucionalizace příjemce péče	0,75	4,00	1,20

vs – vážené skóre,  $\bar{x}$  – aritmetický průměr, SD – směrodatná odchylka

Zdroj definujících charakteristik: HERDMAN, R. H. 2013. *Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2012–2014 = Nursing diagnoses: definitions and classification: 2012–2014*. překl. Kudlová, Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8.

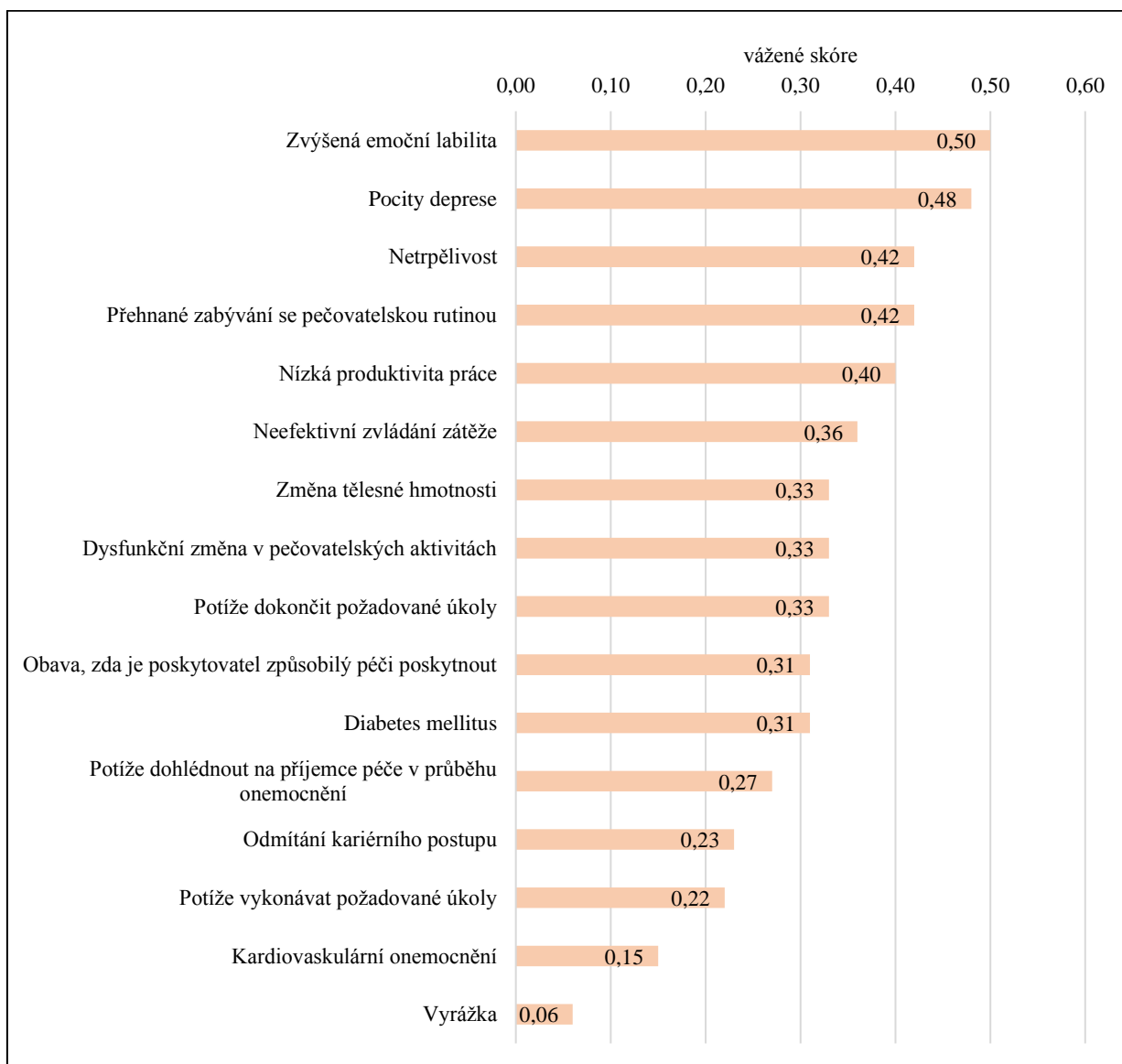
Příloha 21 Vedlejší definující charakteristiky (4. skupina)

Vedlejší určující znaky	vs	$\bar{x}$	SD
Zármutek ze změněného vztahu s příjemcem péče	0,73	3,92	1,38
Nejistota ze změněného vztahu s příjemcem péče	0,69	3,75	1,60
Stres	0,69	3,75	1,22
Konflikt v rodině	0,67	3,67	1,23
Frustrace	0,67	3,67	1,50
Somatizace	0,63	3,50	1,45
Zlost	0,63	3,50	1,68
Nervozita	0,61	3,58	1,68
Bolesti hlavy	0,58	3,33	1,72
Stažení se ze společenského života	0,56	3,25	1,49
Potíže GIT	0,56	3,25	1,60

vs – vážené skóre,  $\bar{x}$  – aritmetický průměr, SD – směrodatná odchylka

Zdroj definujících charakteristik: HERDMAN, R. H. 2013. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2012–2014 = Nursing diagnoses: definitions and classification: 2012–2014*. překl. Kudlová, Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8.

Příloha 22 Nevýznamné definující charakteristiky (4. skupina)



Zdroj definujících charakteristik: HERDMAN, R. H. 2013. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2012–2014 = Nursing diagnoses: definitions and classification: 2012–2014*. překl. Kudlová, Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8.