

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**

Ústav ošetrovatelství

Akademický rok: 2018/2019

Mgr. Jana Konečná

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

Disertační práce (DISP)

AUTOREFERÁT

Doktorský studijní program P 5341 Ošetrovatelství

Školitel: Mgr. Mikšová Zdeňka, Ph.D.

Olomouc 2019

Student DSP:

Mgr. Jana Konečná

Oponenti disertační práce:

.....

.....

.....

.....

Vedoucí práce:

Mgr. Mikšová Zdeňka, Ph.D.

Ústav ošetrovatelství

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci

Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc

Autoreferát rozeslán dne:.....

Obhajoba disertační práce se koná dnev hod. před komisí pro
obhajobu DISP doktorského studia P 5341 Ošetrovatelství.

S disertační prací je možno se seznámit na studijním oddělení FZV UP v Olomouci,
Hněvotínská 3, Olomouc.

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 jeho 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 studiemi. 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: 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.

Key words: validation, nursing diagnosis, NANDA, family caregiver, strain, burden.

Úvod

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). Neformální-rodinná péče nemá pouze pozitivní aspekty (Carbonneau et al., 2010, s. 331), ale sami pečovatelé mohou být skrytými pacienty s vážnými důsledky odrážejícími se na psychickém a fyzickém zdraví (Hughes, 2008, s. 349). Nová role značně ovlivňuje životní styl pečovatele a nese s sebou nové požadavky na jeho dovednosti a znalosti (COFACE, 2017, s. 56). Posouzení zdravotního stavu pečovatelů se tak stává významnou fází ošetrovatelského procesu, kterou je nutné v ošetrovatelské péči zohlednit (Honea et al., 2008, s. 508). Klinické posouzení představuje jednu z nejsložitějších fází ošetrovatelského procesu zahrnující etapu rozhodování s identifikováním klinického stavu pacienta (Caldeira et al., 2012, s. 1444). 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 ošetrovatelských diagnóz, které vedou k vyšší preciznosti diagnóz a přesnějšímu závěru v posuzovací fázi (Caldeira et al., 2012, s. 1444). Účelem validizačních studií je ověření diagnostických indikátorů konkrétní ošetrovatelské diagnózy v odlišném sociokulturním prostředí (Jarošová et al., 2012, s. 26). Odborníkům ve zdravotnictví významně usnadní stanovení diagnózy a plánování konkrétních intervencí v klinickém prostředí (Caldeira et al., 2012, s. 1444).

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.

Cíl disertační práce:

Verifikovat platnost vybraných diagnostických indikátorů ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele (00061) klasifikace NANDA-I.

Dílčí cíl 1:

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

Dílčí cíl 2:

Stanovit celkovou míru validity ošetrovatelské 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.

Teoretická východiska

Neformální péče představuje významný pilíř v 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 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).

S rodinnou péčí je vyzdvihován termín sendvičové generace. 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 v 85 % ženy-pečovatelky věkového rozmezí mezi 35 a 64 lety, které ve 27 % zaopatřují péči více osobám (COFACE, 2017, s. 7).

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 (Jeřábek, 2005, s. 7). Neformální péči lze rozdělit na podpůrnou, neosobní a osobní péči. Osobní péče je nejnáročnější a zpravidla souvisí s každodenní péčí v základních aktivitách každodenního života (ADL) (Jeřábek, 2005, s. 12–13). Značnou pozornost je nutné věnovat pečovatelským 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 %) (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 vytíženou věkovou skupinou jsou ženy od 55 do 64 let, kdy s velkou pravděpodobností poskytují péči rodičům. Mnoho pečovatelů je i středního věku, kteří 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 (Klímová Chaloupková, 2013, s. 114–121).

Nejnovější evropská studie dokládá vyšší pravděpodobnost snížené kvality na zdraví pečovatelů (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 pečovatelů 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 má značný význam pro vznik pečovatelské zátěže (Brown & Brown, 2014, s. 74).

Péče je v mnoha případech poskytována pouze jedinou osobou, která vykonává celodenní péči trvající v řádech měsíce až roky bez možnosti odpočinku, která může vyústit ke zhoršení zdravotního stavu pečovatele (Michalík, 2011, s. 99; Wija, 2012, s. 7) a také vést ke snížené kvalitě pečování (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). 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, protrahovanému 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 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).

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). 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 příležitostmi 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). Zvláště náročná je péče o dementní 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).

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, Jandžíková, 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, Jandžíková, 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, Jandžíková, 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, Jandžíková, 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 % pečovatelů. 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 pečovatelé 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 (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 (COFACE, 2017, s. 37–46). Rodinní příslušníci mohou zažívat pocity viny, výčitky a psychická traumata z důvodu neovladnutí péče. Psychická únava z chronického pečování blízké osoby je téměř shodná s psychickým stresem vyvolaným pocity neovladnutí péče, jež jsou zapříčiněny svěřením blízkého do institucionální formy péče (Jeřábek, 2005, s. 14–15).

Pečování zasahuje i do finanční oblasti pečovatele (Geissler et al., 2015, s. 102), který většinou musí omezit nebo zanechat zaměstnání. V některých případech jsou pečovatelé 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. (Cullen, Delaney, Duff, 2004, s. 37). 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. 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 (COFACE, 2017, s. 38–43). Mnoho pečovatelů má zkušenosti s finanční tísní (Dohnalová, Hubíková, 2013, s. 33–34). Finanční situace je vážnou překážkou mající vliv na vysokou míru přetížení pečovatelů, zvláště těch, kteří vykonávají celodenní péči (Kotrusová, Dobiášová, 2012, s. 7).

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). 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 situace a nevypořádání 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).

Vykonávání role pečovatele přináší řadu situací, které směřují k ošetrovatelskému 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 poskytované péče členovi rodiny (Rueda Diaz, De Almeida Lopes Monteiro Da Cruz, De Cassia Gengo E Silva, 2016, s. 282).

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. Pečlivé posouzení dopadů péče na zdraví neformálních pečovatelů umožňuje profesionálním pečovatelům, aby jim pomohli překonat možné důsledky péče a dokázali měřit účinnost intervencí (Van Durme, Jeanmart, Gobert, 2012, s. 490–491). V průběhu let bylo vytvořeno mnoho hodnoticích nástrojů zaměřujících se na hodnocení zátěže pečovatelů 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).

Metodika

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 ošetrovatelskou 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 ošetrovatelské diagnózy Úzkost autora Whitleyho (1997) a u nově navržené ošetrovatelské 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).

Výzkumné hypotézy:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Statistické hypotézy:

1H₀ 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.

2H₀ 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.

3H₀ Neexistuje vztah mezi vedlejšími definujícími charakteristikami ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I. u skupiny respondentů s detekovanou střední až těžkou zátěží.

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

4H₀ Neexistuje vztah mezi hlavními definujícími charakteristikami ošetrovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I. u skupiny respondentů s detekovanou závažnou zátěží.

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

5H₀ 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.

6H₀ Neexistuje vztah mezi věkem rodinného pečovatele a celkovým CDV skóre ošetřovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I.

6H_A Existuje vztah mezi věkem rodinného pečovatele a celkovým CDV skóre ošetřovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I.

7H₀ Neexistuje vztah mezi délkou péče o příbuzného a celkovým CDV skóre ošetřovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I.

7H_A Existuje vztah mezi délkou péče o příbuzného a celkovým CDV skóre ošetřovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele NANDA-I.

8H₀ 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.

9H₀ 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.

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. Organizace se souhlasem poskytla českou verzi nástroje.

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 citění 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.

Popis 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 dospělé osobu a potvrzení ošetrovatelské diagnózy standardizovaným měřicím nástrojem ZBI.

Sběr dat:

Vyhledávání respondentů probíhalo za spolupráce organizací poskytujících pečovatelské a ošetrovatelské služby v domácím prostředí klienta. Bylo osloveno mnoho

organizací, ale 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. 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.

Metody statistického zpracování výsledků:

Získaná data byla zpracována deskriptivní statistikou a statistické hypotézy byly testovány parametrickými a neparametrickými metodami induktivní 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 ošetrovatelské 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. Ošetrovatelská diagnóza s hodnotou celkového CDV skóre $< 0,6$ je doporučena k revidování (Fehring, 1986, s. 189).

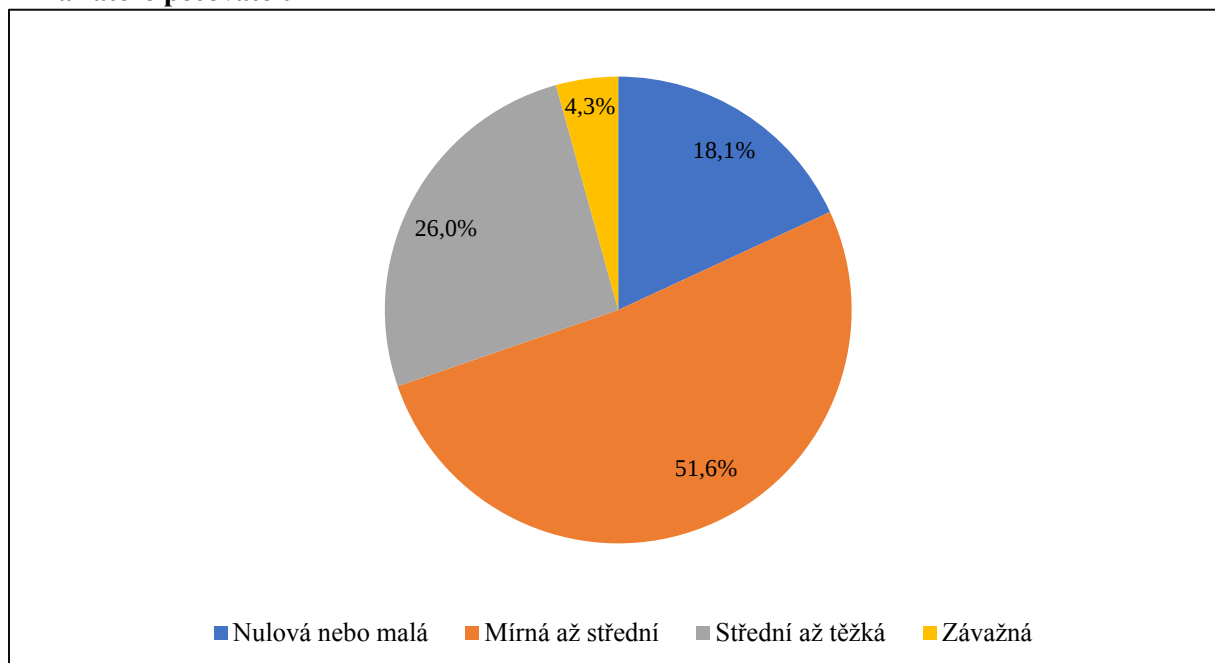
Míra zátěže pečovatelů byla stanovena dle standardizovaného měřicího nástroje Zarit Burden Interview (ZBI). Jedná se o 22položkový hodnoticí nástroj s předdefinovanými

odpověďmi na 5 bodové stupnici 0–4. 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).

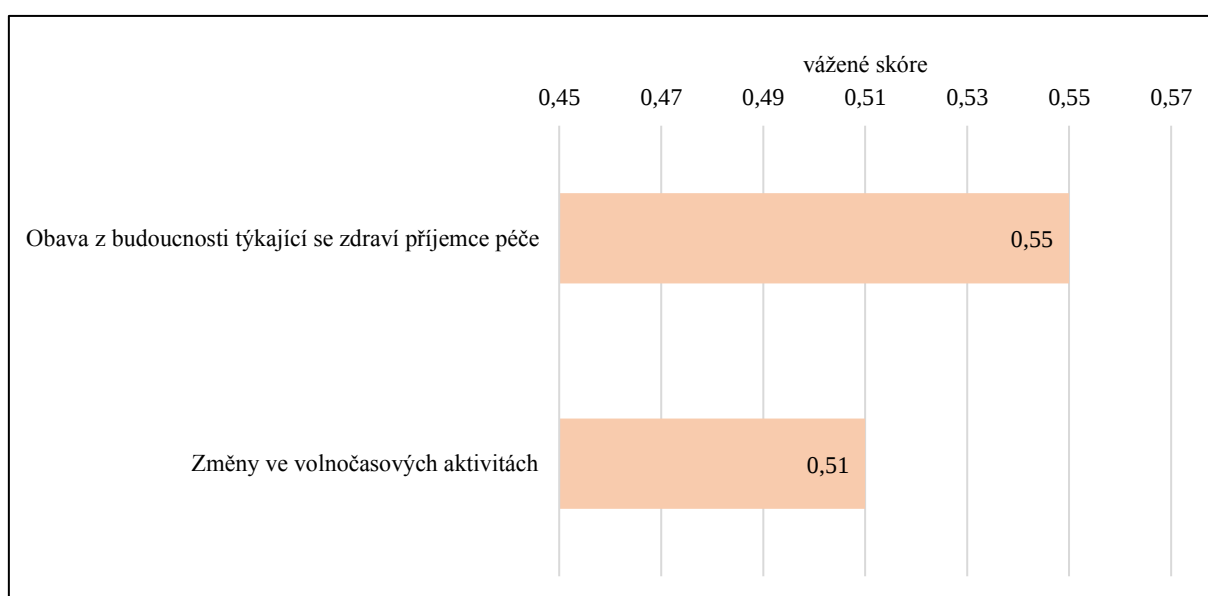
Byla využita korelační analýza k vyjádření statistické závislosti dvou proměnných. Stupeň závislosti mezi zkoumanými fenomény byl zjišťován použitím korelačního koeficientu. Korelační koeficient dosahuje mezních hodnot $\pm 1,0$. Hodnota 0 vyjadřuje statistickou nezávislost dvojice proměnných. Hodnoty $+1$ 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 (Chráška, 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. Testované proměnné (věk, CDV skóre, délka pečování, vzdělání, skóre zátěže; obrázek) 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 ošetrovatelské 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.

Výsledky

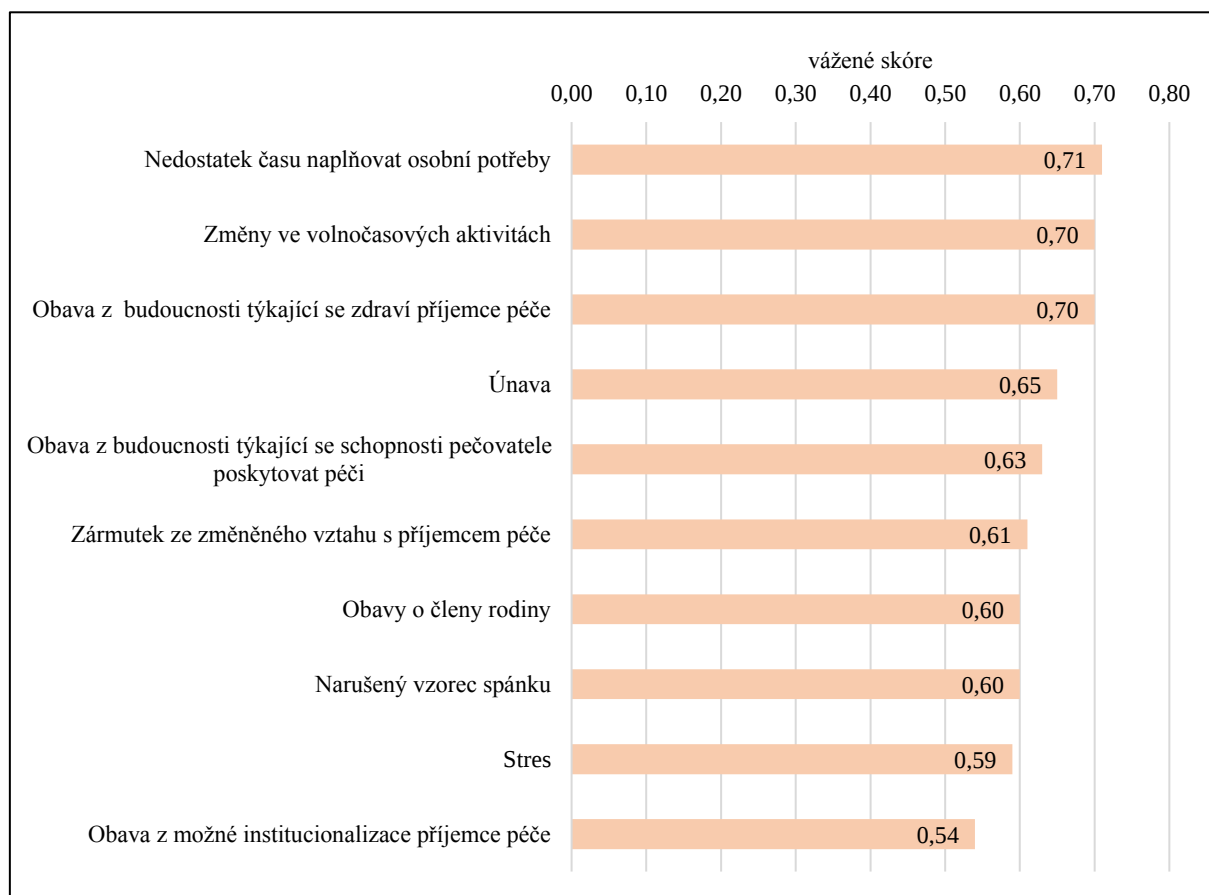
Míra zátěže pečovateli



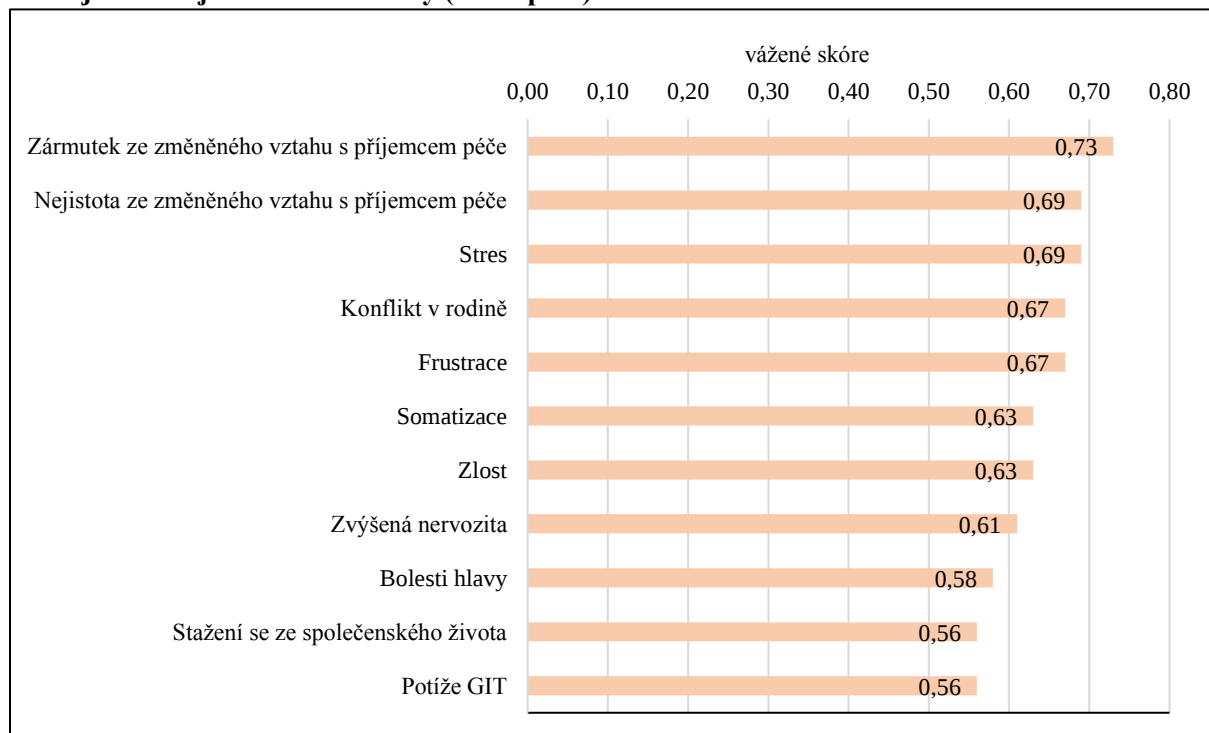
Vedlejší definující charakteristiky (celková sumarizace)



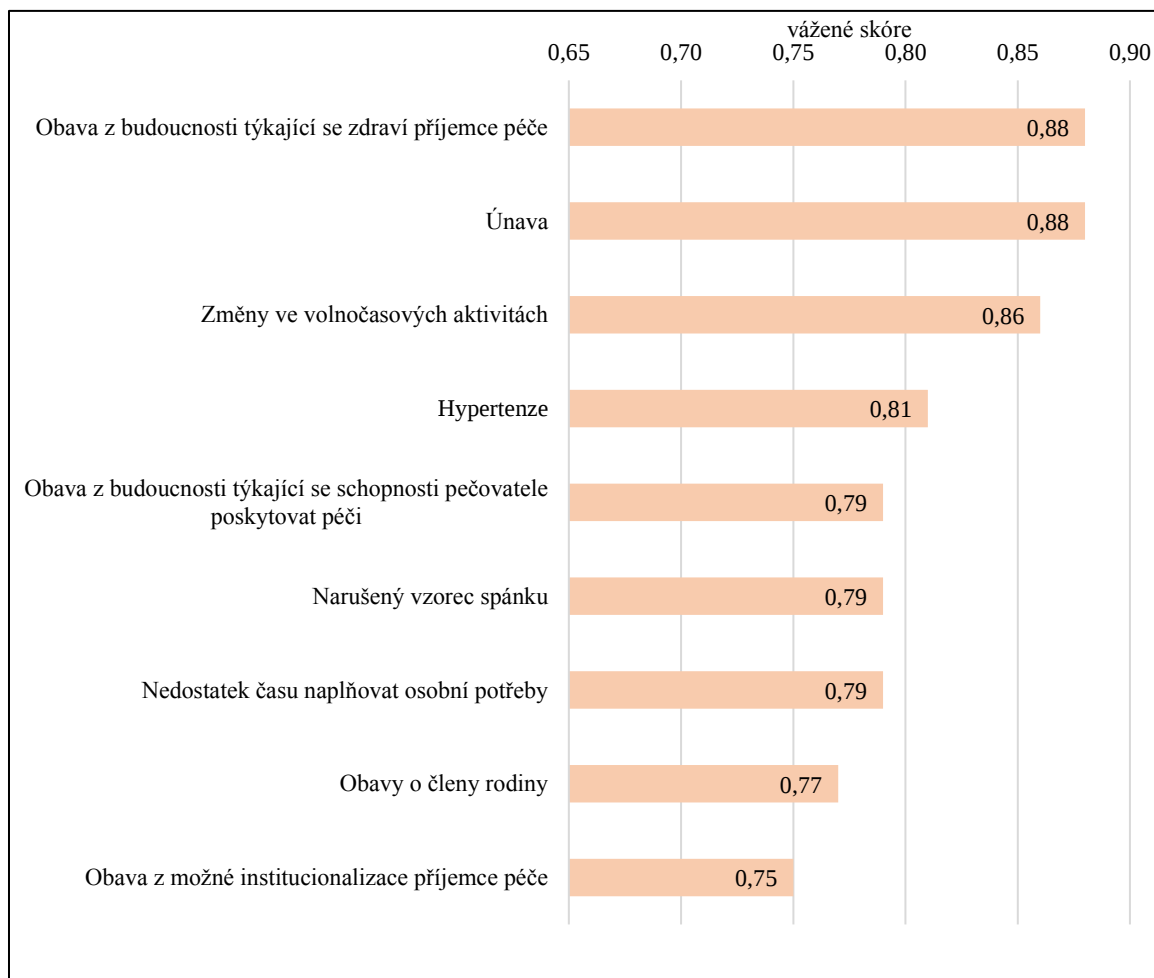
Vedlejší definující charakteristiky (3. skupina)



Vedlejší definující charakteristiky (4. skupina)



Hlavní definující charakteristiky (4. skupina)



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

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

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 – Zármutek ze změněného vztahu s příjemcem péče; UZ 34 – Nejistota ze změněného vztahu s příjemcem péče; UZ 36 – Konflikt v rodině

Diskuze, interpretace dat

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*.

Porovnáváním 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 dvojicí 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 všechn 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).

Ošetřovatelskou diagnózu popisující zátěž pečovatele mohou sestry měřit a identifikovat. Ošetřovatelský 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 ošetřovatelské diagnózy zátěže významné. Přesně identifikované projevy zátěže umožní efektivně plánovat intervence ke konkrétnímu znaku ošetřovatelského 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 ošetřovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele a splnění třetí dílčí cíl.

Vzhledem k závěrům dílčích cílů výzkumné práce lze konstatovat splnění cíle disertační práce. Validita vybraných diagnostických indikátorů ošetřovatelské diagnózy Zátěž v roli pečovatele byla ověřena. Platnost ošetřovatelské diagnózy byla prokázána rodinnými pečovateli s diagnostikovaným ošetřovatelským 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 pojišťovnami ČR jsou zaměřené pouze na pacienta, může být problematické implementovat ošetřovatelskou diagnózu do praxe. Výsledky validizačního šetření se podílí na exaktnosti stanovení ošetřovatelské diagnózy v klinickém prostředí a mohou pomoci k rozvoji efektivních intervencí ke specifickým projevům ošetřovatelské 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 ošetřovatelské diagnózy, je realizovat nové klinické validizace na rodinných pečovateli i sestrách-expertech. Validita ošetřovatelské 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 ošetřovatelských 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 ošetřovatelským problémem. Zaměření výzkumné práce podpoří implementování mezinárodní klasifikace NANDA-I v českém klinickém prostředí zejména v oblasti komunitní ošetřovatelské péče.

Literatura a prameny:

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>

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)

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/10.1177/1471301210375316>

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

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>

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

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

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

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.

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 pečovatelů“. 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.

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.

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

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

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

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

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

KOTRUSOVÁ, M., DOBIÁŠOVÁ, K., HOŠTÁLKOVÁ, 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

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

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.

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)

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)

ŠERFELOVÁ, R., HLADEKOVÁ, B. 2010. Zátěž opatrovatelů 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

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

TRIANTAFILLOU, 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

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)

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-dlouhodob-pece-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., 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

Seznam tabulek a grafů

- 1) Míra zátěže pečovateli
- 2) Vedlejší definující charakteristiky (celková sumarizace)
- 3) Vedlejší definující charakteristiky (3. skupina)
- 4) Hlavní definující charakteristiky (4. skupina)
- 5) Vedlejší definující charakteristiky (4. skupina)
- 6) Korelační analýza vedlejších UZ (3. skupina)
- 7) Korelační analýza hlavních UZ (4. skupina)
- 8) Korelační analýza vedlejších UZ (4. skupina)

Publikační činnost studenta DSP související s oborem DSP:

KONEČNÁ, J., ŠAŇÁKOVÁ, Š., MIKŠOVÁ, Z. Využití modelu obsahové validizace (DCV) dle Fehringa. In Sborník ze symposia Ošetřovatelský výzkum a praxe založená na důkazech. IX. Mezinárodní symposium ošetřovatelství. Ostrava: Ostravská univerzita. 2013. ISBN 978-80-7464-2647.

KONEČNÁ, J., MIKŠOVÁ, Z., 2016. Significance of family care givers today. *Journal of Nursing Social studies Public Health and Rehabilitation*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. 7 (1-2). ISSN 1804-7181 (on-line).

KISVETROVÁ, H., ŠKOLOUDÍK, D., JOANOVICH, E., KONEČNÁ, J., MIKŠOVÁ, Z., 2016. Dying Care Interventions in the Intensive Care Unit. *Journal of Nursing Scholarship*, 48 (2). doi: 10.1111/jnu.12191

Přednášková činnost studenta DSP související s oborem DSP:

2013: Využití modelu obsahové validizace (DCV) dle Fehringa. IX. Mezinárodní symposium ošetřovatelství - Ošetřovatelský výzkum a praxe založená na důkazech. Pořádala Ostravská univerzita v Ostravě – LF, Ústav ošetřovatelství a porodní asistence.

2014: Validizace ošetřovatelské diagnózy Přetížené pečovatele (00061) – předvýzkumné šetření. Mezinárodní vědecká konference Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve. Martin: Univerzita Komenského v Bratislavě. Slovensko.

2014: Validizace ošetřovatelské diagnózy Přetížení pečovatele (00061) – předvýzkum. konference Cesta poznávání a vzdělávání v ošetřovatelství V. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni (poster)

2014: Přetížení pečovatele (00061) s použitím Fehringova modelu – předvýzkumné šetření. Mezinárodní sympozium Věda a výzkum v ošetřovatelství. Brno (poster)

2014: Validation of nursing diagnosis Caregiver role strain (00061) – Preliminary research. Seventh Interdisciplinary Symposium of Public Health, Nursing, Social Work and Laboratory Investigating Methods with International Participation – Healthy Aging. Trnava. Slovensko (poster)

2015: Validation of NIC and NOC for the NANDA „Caregiver Role Strain (00061)“-preresearch, The 15th Doctoral Conference in Nursing Science, Graz. Rakousko (poster)

2015: Využití vybraných komponentů NIC a NOC klasifikačního systému u ošetřovatelské diagnózy Přetížení pečovatele (00061) – předvýzkum. Profesionalita v ošetřovatelství II. Olomouc (poster)