



OBSAHOVÁ VALIDIZÁCIA BEZNÁDEJE A JEJ VÝZNAM PRI KONŠTRUKCII NÁSTROJOV JEJ MERANIA

IMPORTANCE OF CONTENT VALIDATION OF HOPELESSNESS IN DEVELOPMENT OF INSTRUMENTS FOR HOPE MEASUREMENT

Elena Gurková, Juraj Čáp, Katarína Žiaková

Ústav ošetrovatelstva, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave
Department of Nursing, Jessenius Medical Faculty in Martin, Comenius University in Bratislava

Abstrakt

Cieľ: Cieľom práce bola obsahová validizácia diagnózy *Beznádej* a identifikácia jej definujúcich charakteristík, ktoré by mohli tvoriť východiskovú bázu pre konštrukciu nástroja jej merania v klinickej praxi. **Metódy:** Na posúdenie významnosti diagnostických znakov diagnózy *Beznádej* sme použili Fehringov model validity diagnostického obsahu. Na posúdenie vzájomných vzťahov medzi identifikovanými znakmi sme použili korelačnú analýzu. Zároveň sme prostredníctvom faktorovej analýzy zisťovali koeficienty nasýtenia jednotlivých znakov. **Výsledky:** Definujúce znaky *Beznádeje* predstavujú nasledujúce znaky: vyjadrovanie sa o strate viery, strate zmyslu života, celková pasivita, vyjadrovanie sa o strate plánov do budúcnosti, vyjadrovanie nedôvery vo vlastné schopnosti zvládnuť situáciu, vyjadrenia o tom, že sa veci nezmenia, vyjadrovanie sklamaní nad nesplnenými očakávaniami, skluslá nálada, vyjadrenia týkajúce toho, že sa človek cíti osamelý. Z definujúcich charakteristík NANDA – I respondenti hodnotili ako významné len tri z nich (celkovú pasivitu, presvedčenie, že sa veci nezmenia a skluslú náladu). Ďalších päť znakov, ktoré experti hodnotili ako významné, predstavovali preformulované položky z Nowotnej škály nádeje. **Záver:** Na základe zistených definujúcich znakov *Beznádeje* a ich korelačnej a faktorovej analýzy navrhujeme nástroj merania *Beznádeje*, ktorý obsahuje položky z troch oblastí (identifikovaných faktorov). Testovanie jeho psychometrických vlastností by malo byť predmetom ďalšieho výskumu.

Kľúčové slová: validizácia, Fehringov model validity, ošetrovateľská diagnóza, *beznádej*, nástroje merania.

Abstract

Aim: The aim of this study was to examine the content validity of nursing diagnosis *Hopelessness* and to identify the related defining characteristics applicable in development of instrument for hope measurement in clinical practice. **Methods:** Fehring's Diagnostic Content Validity Model was used to measure importance of diagnostic characteristics of *Hopelessness*. Relationships between identified characteristics was evaluated by correlation analysis. Factor analysis was used to examine factor loadings of identified characteristics. **Results:** Results of the study confirm that defining characteristics of the diagnosis *Hopelessness* are following: expression of lost spiritual beliefs and meaning of life, passivity, expression of inability to plan future, expressions of distrust of own strengths and abilities, expression of belief that the problems will always be here, expressions of distrust of result, decreased affect, expressions of experience of loneliness, expression of distrust of help. Only 3 NANDA characteristics and 5 Nowotny Hope Scale characteristics have reached high importance. **Conclusion:** We suggest to use characteristics that reached high importance in the development of instrument to measure hope in routine clinical practice. This instrument involves items from three factors identified in factor analysis. The purpose of future research is to determine its psychometric properties.

Key words: validation, Fehring's Diagnostic Content Validity Model, nursing diagnosis, *Hopelessness*, instruments.

Validizácia ošetrovateľských diagnóz a nástroje merania

Definujúce charakteristiky diagnostických pojmov
klasifikačného systému *North American Nursing*

korespondence: gurkova@jfmf.uniba.sk

Diagnosis Association – International (ďalej *NANDA I*) boli východiskom pre tvorbu viacerých meracích nástrojov. Napríklad na základe dvanástich definujúcich charakteristík ošetrovateľskej diagnózy *Únava* klasifikačného systému *NANDA I* vytvorili

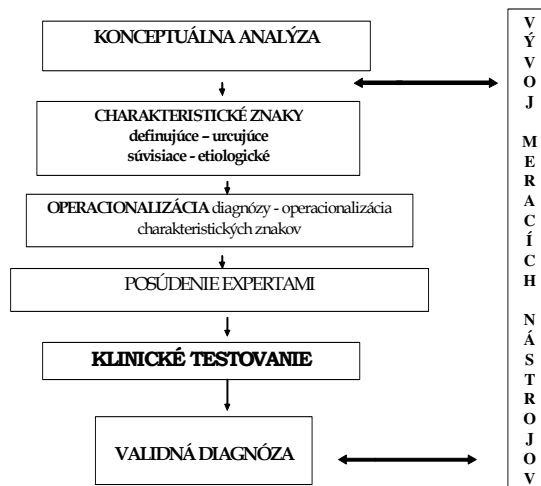
a validizovali holandskí autori (Tiesinga et al., 2002; 2003) deväťpoložkovú škálu merania únavy (*Dutch Fatigue Scale*). Podobne brazílske autorky Madeiros Sauto et al. (2003) vytvorili nástroj na hodnotenie vnímania telovej schémy na základe literárneho prehľadu a definujúcich charakteristík ošetrovateľskej diagnózy *Narušený obraz tela*. Definujúce charakteristiky diagnóz klasifikačného systému *NANDA I* tak môžu slúžiť ako východisko pre tvorbu meracích nástrojov – tzn., že môžu predstavovať indikátorové premenné merania určitého konštruktu. Definujúce charakteristiky jednotlivých diagnóz by však mali byť predtým validizované v príslušnom socio-kultúrnom kontexte adekvátnymi metódami.

Využitie metodologických prístupov validizácie ošetrovateľských diagnóz pri tvorbe nástrojov ich merania načrtla Hoskinsová (1997, s. 79) na 12. *NANDA* konferencii. Autorka vo svojom príspevku zdôrazňovala význam konceptuálnej analýzy ošetrovateľských diagnóz v tvorbe nástrojov ich merania. Nadväzovala pritom na svoju prezentáciu z 8. konferencie *NANDA* (Hoskins, 1988, Creason, 2004, Whitley, 1999), v rámci ktorej v procese validizácie ošetrovateľských diagnóz zdôvodňovala postupnosť troch metodológií – konceptuálnej analýzy, obsahovej a klinickej validizácie. Vzťahy medzi uvedenými tromi prístupmi sme bližšie analyzovali v práci Holmanová et al. (2006). Konceptuálna analýza (1. fáza)¹ vedie k vytvoreniu zoznamu diagnostických znakov a tým ku operacionalizácii diagnózy. Reprezentatívnosť, špecifickosť (významnosť) vytvorených diagnostických znakov, resp. ich operačných definícií, sa následne hodnotí expertmi (2. fáza – obsahová validizácia).² Po fáze hodnotenia expertmi nasleduje klinická validizácia (3. fáza).³ Priebeh všetkých troch fáz sa vzťahuje ku vytvoreniu a selekcii diagnostických znakov, výsledkom čoho môže byť konštrukcia nástroja merania (Obr. 1).

Validizácia diagnózy *Beznádej* a nástroje jej merania

Konceptualizácia nádeje a beznádeje bola predmetom viacerých ošetrovateľských kvalitatívnych štúdií (Hinds, 1984; McGee, 1984; Miller a Powers, 1988; Nowotny, 1989; Hall, 1990; Haase et al. 1992; Pyykkö, 2003; Collins et al., 2003).⁴ Obsahová analýza diagnózy *Beznádej* bola taktiež spracovaná vo viacerých zahraničných štúdiách, ktoré využívali Fehringov DCV model (napríklad Sato, 1996; Wake, Fehring a Fadden, 1991). Klinická validizácia prostredníctvom Fehringovho CDV modelu bola

doteraz využitá len v jednej štúdii (Zauszniewski, 1994). Zauszniewski (1994) skúmal indikátory *Beznádeje*, *Bezmocnosti* a *Chronicky zníženej sebaúcty* na vzorke 63 pacientov s depresiou.



Obr. 1 Validizácia ošetrovateľských diagnóz a jej význam pri tvorbe nástrojov merania

V rámci *Beznádeje* identifikoval jeden hlavný indikátor beznádeje (súčasný problém tu budú stále) a tri podporujúce indikátory (negatívne myšlienky, pocity a očakávania).

V rámci našich výskumných aktivít sme sa v predchádzajúcich štúdiách (Žiaková, Čáp, 2005; Žiaková et al., 2006; 2008) zamerali na validizáciu ošetrovateľskej diagnózy *Beznádej*. Na základe literárneho prehľadu a kvalitatívnej analýzy (Žiaková, Čáp, 2005) sme zrealizovali konceptuálnu analýzu pojmu *nádej*. Výsledkom tejto práce bola konštruktívna definícia nádeje a vytvorenie jej základných definujúcich znakov,⁵ ktoré sme využili v ďalšom pilotnom výskume (Žiaková et al., 2006; 2008) zameranom na obsahovú validizáciu diagnózy *Beznádej*. Vo všetkých vyššie uvedených prácach (v rámci konceptuálnej analýzy nádeje⁶ a obsahovej validizácie diagnózy *Beznádej*⁷) sme využívali Nowotnej škálu nádeje (*Nowotny Hope Scale*, ďalej NHS), ktorá sa aplikuje vo výskume a v klinickej praxi. (Nowotny, 1989). NHS predstavuje validný, reliabilný nástroj merania nádeje/beznádeje, ktorý bol použitý vo viacerých slovenských štúdiách (Halama et al., 2010; Farský et al, 2007; Žiaková et al. 2005).

Pri obsahovej validizácii (Žiaková et al., 2006; 2008) sme na vzorke 35 expertov zisťovali definujúce charakteristiky diagnózy *Beznádej* v našom sociokultúrnom kontexte. Metodologickým

nedostatkom uvedenej štúdie bola malá vzorka expertov.

Ciele

Touto štúdiou nadväzujeme na náš predchádzajúci výskum (Žiaková et al., 2006; 2008), zameraný na obsahovú validizáciu ošetrovateľskej diagnózy *Beznádej*. Cieľom práce bolo validizovať diagnózu na väčšej vzorke expertov a zároveň identifikovať definujúce charakteristiky *Beznádeje*, ktoré by mohli tvoriť východiskovú bázu meracieho nástroja pre jej diagnostiku v klinickej praxi.

Súbor

Na posúdenie významnosti diagnostických znakov sme vybrali skupinu expertov. Za experta sme považovali sestry s minimálne vyšším odborným vzdelaním,⁸ päťročnou praxou v odbore. (Whitley, 1999) Vzorku tvorili sestry zo Slovenskej a Českej republiky pracujúce v troch fakultných nemocniciach – v Martinskej fakultnej nemocnici, fakultnej nemocnici v Ostrave a v Olomouci.⁹ Celkovo sme oslovili 200 sestier, pričom do štúdie sa zapojilo 88 sestier (tzn. 44% návratnosť distribuovaných dotazníkov). Zo Slovenskej republiky bolo 54 a z Českej republiky 34 sestier. Z celkového počtu 88 sestier zaradených do výskumu, pracovalo 20 sestier na chirurgických oddeleniach (chirurgické, neurochirurgické, kardio-chirurgické oddelenie), 22 sestier na internistických oddeleniach (interné oddelenie, hemodialyzačné, kardiologické oddelenie), 14 sestier na jednotkách intenzívnej starostlivosti a anesteziologicko-resuscitačných oddeleniach, 5 sestier na detských oddeleniach, 8 na gynekologicko-pôrodnickom oddelení a 6 sestier v domove dôchodcov a sociálnych služieb. 13 sestier tvorili pedagógovia vyučujúci na stredných zdravotníckych školách (Tab. 1). Priemerný vek sestier bol 36, 02 ($\pm 7,89$) roku s odpracovanými rokmi praxe 15,80 ($\pm 8,56$) roku. Zber údajov od expertov prebiehal od júna 2008 do januára 2009.

Tab. 1 Charakteristika vzorky respondentov

Oddelenie	n	%
Pedagógovia	13	14,77
Chirurgické disciplíny	20	22,73
Internistické disciplíny	22	25,00
Intenzívna starostlivosť	14	15,90
Pediatrica	5	5,68
Gynekologicko-pôrodnické oddelenia	8	9,10
Domovy dôchodcov a sociálnych služieb	6	6,82
Spolu	88	100

Metodika

Na posúdenie významnosti diagnostických znakov diagnózy *Beznádej* expertami sme zostrojili merací nástroj, ktorý sme distribuovali medzi respondentov formou dotazníka. Nástroj bol modifikáciou tridsaťsedem položkového nástroja použitého v predchádzajúcom výskume (Žiaková et al., 2006; 2008). Upravená verzia meracieho nástroja obsahovala dvadsaťštyri položiek, ktoré sme rozdelili do troch skupín.

Prvú skupinu tvorilo dvanásť definujúcich charakteristík (Tab. 2) diagnózy *Beznádej* (kód 00124) z *NANDA I (Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2007-2008, s. 107)*. Vychádzajúc zo skúseností z predchádzajúceho výskumu (Žiaková et al., 2006; 2008) sme zaradili do štúdie aj druhú skupinu položiek (sedem položiek) prevzatých z meracieho nástroja NHS. (Nowotny, 1989, s. 57-61) Formuláciu položiek z NHS sme modifikovali tak, aby mohli byť navonok hodnotené sestrou¹⁰, podobne ako sú vymedzené definujúce charakteristiky diagnózy *Beznádej*. Definujúce charakteristiky *Beznádeje* v *NANDA – I* predstavujú behaviorálne reakcie alebo vyjadrenia pacienta – kognitívne reakcie. S cieľom eliminovať náhodné hodnotenie u expertov sme zoznam doplnili treťou skupinou, ktorú tvorilo päť neutrálnych (zavádzajúcich) znakov.

Experti určovali stupeň významnosti znaku na Likertovej škále vo vzťahu k diagnóze *Beznádej* (kód 00124). Jednotlivé stupne škály znamenajú: 5 – najväčšia významnosť, 4 – veľká významnosť, 3 – stredná významnosť, 2 – malá významnosť, 1 – žiadna významnosť. Pre každú položku sme vypočítali základné štatistické charakteristiky (aritmetický priemer, smerodajnú odchýlku) a vážené skóre. Vážené skóre sme určili z aritmetického priemeru, tak že hodnote 5 (najväčšia významnosť) sme pripísali váhu 1 a hodnote 1 (žiadna významnosť) váhu 0. Hodnote 4 potom zodpovedá váha 0,75, hodnote 3 váha 0,5 a hodnote 2 váha 0,25. Za definujúce diagnostické znaky sme považovali tie, ktoré dosiahli hodnotu váženého skóre minimálne 0,75 (Fehring, 1986).

Analyzovali sme aj korelácie medzi jednotlivými znakmi. V rámci tejto analýzy sme sledovali Pearsonov korelačný koeficient (*r*) a štatistickú významnosť (*p*) na hladine významnosti 0,05. Zároveň sme prostredníctvom faktorovej analýzy (*principal component analysis*) zisťovali koeficienty nasýtenia definujúcich znakov. V rámci faktorovej

analýzy sme za hraničnú hodnotu koeficientov nasýtenia (*factor loadings*) v jednotlivých faktoroch považovali hodnotu vyššiu ako 0,4. Rozdiely vo významnosti jednotlivých znakov z hľadiska socio-kultúrneho kontextu sme zisťovali prostredníctvom

nepárového Studentovho t testu s nerovnakým rozptylom. Na analýzu údajov sme použili programy *MS Excel* a *SPSS 16.0 for Windows*.

Tab. 2 Definujúce charakteristiky diagnózy Beznádej (kód 00124) z *NANDA I* (*Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2007-2008*, s. 107), vybrané položky z NHS a neutrálne znaky použité pri konštrukcii meracieho nástroja v DCV modeli

Definujúce charakteristiky z <i>NANDA I</i>	Položky z NHS	Neutrálne položky
Skleslá nálada	Vyjadrovanie sklamaní nad nespĺnenými očakávaniami	Sucho v ústach
Pasívne prijímanie starostlivosti	Vyjadrovanie sa o strate viery, strate zmyslu života	Neschopnosť učiť sa
Spomalená odpoveď na podnety	Vyjadrovanie nedôvery vo vlastné schopnosti zvládnuť situáciu	Ťažkopádne spomalené myslenie
Vyjadrenia o tom, že sa veci nezmenia	Vyjadrovanie nechuti robiť vlastné rozhodnutia	Potenie
Zatváranie očí	Vyjadrovanie sa o strate plánov do budúcnosti	Výbuchy hnevu a agresie
Nechuť rozprávať	Vyjadrovanie nedôvery v pomoc druhých ľudí	
Nevyvíjanie iniciatívy	Vyjadrenia týkajúce sa toho, že sa človek cíti osamelý	
Krčenie ramien ako odpoveď		
Poruchy spánku		
Celková pasivita		
Znížená chuť do jedla		
Odvracanie sa od hovoriaceho		

Výsledky

Na základe analýzy odpovedí expertov sme zostavili definujúce diagnostické znaky pre ošetrovateľskú diagnózu *Beznádej*. Pre lepšiu prehľadnosť uvádzame výsledky v tabuľke (Tab. 3). Jednotlivé znaky sú zoradené podľa významnosti až po hladinu váženého skóre 0,75. Z celkového počtu dvadsaťštyri položiek (predložených znakov) môžeme za významné (definujúce) znaky považovať nasledujúcich osem znakov: vyjadrovanie sa o strate viery, strate zmyslu života (0,91); celková pasivita (0,84); vyjadrovanie sa o strate plánov do budúcnosti

(0,82); vyjadrovanie nedôvery vo vlastné schopnosti zvládnuť situáciu (0,81); vyjadrenia o tom, že sa veci nezmenia (0,81); vyjadrovanie sklamaní nad nespĺnenými očakávaniami (0,76); skleslá nálada (0,76); vyjadrenia týkajúce toho, že sa človek cíti osamelý (0,75).

Rozdiely v hodnotení významnosti jednotlivých znakov medzi sestrami z Českej a Slovenskej republiky sme zistili len v rámci dvoch znakov (Tab. 4). Ide o nasledujúce znaky – vyjadrovanie nedôvery vo vlastné schopnosti zvládnuť situáciu; vyjadrovanie sklamaní nad nespĺnenými očakávaniami.

Tab. 3 Definujúce znaky beznádeje identifikované v DCV modeli

Poradie	Položka	Priemer	± SD	Vážené skóre	Zdroj
1.	Vyjadrovanie sa o strate viery, strate zmyslu života	4,64	0,79	0,91	NHS
2.	Celková pasivita	4,36	0,76	0,84	<i>NANDA – I</i>
3.	Vyjadrovanie sa o strate plánov do budúcnosti	4,3	0,79	0,82	NHS
4.	Vyjadrovanie nedôvery vo vlastné schopnosti zvládnuť situáciu	4,25	0,82	0,813	NHS
5.	Vyjadrenia o tom, že sa veci nezmenia	4,23	0,83	0,81	<i>NANDA – I</i>
6.	Vyjadrovanie sklamaní nad nespĺnenými očakávaniami	4,05	0,86	0,761	NHS
7.	Skleslá nálada	4,03	0,81	0,759	<i>NANDA – I</i>
8.	Vyjadrenia týkajúce sa toho, že sa človek cíti osamelý	4,02	0,77	0,756	NHS

Tab. 4 Rozdiely vo významnosti znakov medzi sestrami z Českej a Slovenskej republiky

Znak	Priemer u sester zo SR	± SD	Priemer u sester zo ČR	± SD	p
	($\bar{x}$) (n = 54)		($\bar{x}$) (n = 34)		
Nesplnené očakávania	3,94	0,85	4,38	0,80	0,04
Nedôvera v schopnosti	4,56	0,56	4,12	1,03	0,04

Z definujúcich charakteristík *NANDA I* respondenti hodnotili ako významné tri z nich, a to konkrétne celkovú pasivitu, presvedčenie, že sa veci nezmenia a skleslú náladu. To znamená, že respondenti z predložených dvanástich charakteristík z *NANDA I* považujú za významné len tri. Diagnostické charakteristiky z *NANDA I*, ktoré hodnotili sestry ako významné, boli zamerané skôr na jednotlivca, jeho aktívnu účasť a vnútornú aktivitu (celková pasivita, vyjadrenia o tom, že sa veci nezmenia) a afektívne prejavy (skleslá náladu).

V rámci štúdie sme zisťovali aj mieru závislosti medzi jednotlivými definujúcimi znakmi prostredníctvom výpočtu jednoduchšej lineárnej korelácie (Pearsonovho korelačného koeficientu, *r*) a určovali sme aj hladinu kritickej štatistickej významnosti tejto korelácie (*p*). V tabuľke č. 5 uvádzame korelácie medzi položkami, ktoré dosiahli vážené skóre vyššie ako 0,75. Všetky štatisticky významné korelácie sú kladné a pohybujú sa

v rozpätí od 0,21 do 0,44, čo zodpovedá malej až strednej korelácii. Zistené korelácie môžu spôsobovať fakt, že niektoré znaky sú sýtené jedným faktorom alebo môžu ukazovať na súvislosť medzi znakmi.¹¹

Faktory, ktorými sú identifikované znaky sýtené (nabité), sme zisťovali pomocou faktorovej analýzy. Pomocou analýzy hlavných komponentov s Varimaxovou rotáciou sme identifikovali tri faktory s vlastnými hodnotami >1. Riešenie s tromi faktormi vysvetľuje 58,69% variability vo vybraných ôsmich znakoch. Znaky – vyjadrovanie sa o strate viery, strate zmyslu života, nedôvery vo vlastné schopnosti a strate plánov do budúcnosti boli sýtené faktorom F1. Znaky – skleslá náladu, pasivita, vyjadrovanie sa o osamelosti boli dostatočne nabité faktorom F3. Okrem troch znakov (celková pasivita, strata viery, zmyslu života, skleslá náladu) boli všetky ostatné znaky dostatočne sýtené faktorom F2. (Tab. 6)

Tab. 5 Korelácie medzi definujúcimi znakmi

		Skleslá náladu	Prežívanie osamelosti	Nesplnené očakávania	Veci sa nezmenia	Strata viery, zmyslu života	Nedôvera v schopnosti	Strata plánov do budúcnosti	Celková pasivita
Skleslá náladu	r	1,000	-0,185	0,147	0,143	0,110	0,056	0,092	0,185
	p		0,084	0,171	0,184	0,310	0,602	0,394	0,084
Prežívanie osamelosti	r		1,000	0,155	0,118	0,145	-0,009	0,196	0,005
	p			0,150	0,274	0,176	0,933	0,067	0,961
Nesplnené očakávania	r			1,000	0,245*	-0,060	,065	,354**	-0,008
	p				0,021	0,577	,545	,001	0,941
Veci sa nezmenia	r				1,000	0,269*	0,170	0,266*	0,214*
	p					0,011	0,114	0,012	0,045
Strata viery, zmyslu života	r					1,000	0,443**	0,303**	0,069
	p						0,000	0,004	0,520
Nedôvera v schopnosti	r						1,000	0,399**	0,240*
	p							0,000	0,025
Strata plánov do budúcnosti	r							1,000	0,221*
	p								0,039
Celková	r								1,000

pasivita p

Tab. 6 Výsledky faktorovej analýzy (koeficienty nasýtenia) definujúcich znakov *Beznádeje*

	Faktory		
	F1	F 2	F 3
Skleslá nálada	0,011	0,237	0,766
Prežívanie osamelosti	0,135	0,413	-0,666
Nesplnené očakávania	-0,190	0,851	0,030
Veci sa nezmenia	0,305	0,539	0,157
Strata viery, zmyslu života	0,804	0,026	-0,066
Nedôvera v schopnosti	0,791	0,075	0,105
Strata plánov do budúcnosti	0,491	0,600	-0,018
Celková pasivita	0,360	0,150	0,452

Diskusia

Obsahová validizácia diagnózy *Beznádeje*

DCV model bol použitý vo dvoch zahraničných štúdiách (Sato, 1996; Wake et al., 1991), ktoré sa zameriavali na validizáciu diagnózy *Beznádeje*. Sato (1996) použil DCV model pri validizácii dvanástich ošetrovateľských diagnóz *NANDA I* v japonskom sociokultúrnom kontexte. Výskum bol realizovaný na vzorke 214 expertov. Zistil, že v rámci diagnózy *Beznádeje* nedosiahli žiadne diagnostické znaky hodnoty váženého skóre definujúcich znakov. Wake, Fehring a Fadden, (1991) testovali v multietnickej štúdii tri ošetrovateľské diagnózy: *Beznádeje*, *Úzkosť* a *Neefektívne čistenie dýchacích ciest*. Štúdia prebiehala v šiestich krajinách, na vzorke 236 sestier so špecializáciou v intenzívnej starostlivosti. Spoločné definujúce znaky boli identifikované len v rámci diagnózy *Úzkosť* a *Neefektívne čistenie dýchacích ciest*. V rámci diagnózy *Beznádeje* nedosiahli žiadne zo znakov hodnoty váženého skóre pre definujúce znaky. V našej predchádzajúcej štúdii (Žiaková et al., 2006; 2008) sme za hraničnú hodnotu váženého skóre považovali 0,70. Hodnotu vyššiu ako 0,70 dosiahli vtedy dve definujúce charakteristiky z *NANDA I*, konkrétne celková pasivita a presvedčenie, že sa veci nezmenia. V aktuálne predkladanom výskume sme pri vymedzenej spodnej hranici váženého skóre 0,75 zistili tri definujúce charakteristiky z *NANDA I*, a to celkovú pasivitu, presvedčenie, že sa veci nezmenia a skleslú náladu. Tento rozdiel mohol byť spôsobený rozdielnou vzorkou expertov zúčastnených v oboch štúdiách a faktom, že sme použili rozdielne hranice hodnôt váženého skóre definujúcich znakov v rámci DCV modelu.

Beznádeje je v *NANDA I* definovaná ako subjektívny stav, v ktorom jednotlivec chápe svoju situáciu ako bezvýchodiskovú (nevidí žiadne možnosti riešenia svojich problémov a/alebo žiadnu možnosť dosiahnutia toho, po čom túži, čo očakáva) a je neschopný mobilizovať svoje sily.¹² (*Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2007-2008*, s.107). Môžeme konštatovať, že prevažná väčšina charakteristík *beznádeje*, ktoré vymedzuje *NANDA – I*, sa týka behaviorálnych prejavov. Toto vymedzenie podľa nás súvisí s tým, aby charakteristiky mohli byť objektívne a navonok (sestrou) pozorovateľné. Na druhej strane, niektoré z nich (napríklad krčenie ramien, odvracanie sa od hovoriaceho, zatváranie očí/vyhýbanie sa očnému kontaktu, spomalená odpoveď na podnety) môžeme považovať za nešpecifické pre stanovenie diagnózy *Beznádeje*. V menšej miere sú v nich zapracované znaky *beznádeje* (napríklad multidimenzionalita, vzťah k iným, nedôvera vo výsledok, orientácia na minulé zlyhanie a pod.), vymedzené vo viacerých teoretických a empirických štúdiách (napríklad Hinds, 1984; McGee, 1984; Miller a Powers, 1988; Herth, 1993; Nowotny, 1989; Hall, 1990; Haase et al. 1992; Pyykkö, 2003; Collins et al., 2003) a ktoré boli východiskom pre konštrukciu nástrojov merania *beznádeje* v ošetrovateľstve (pozri nižšie). Uvedené tvrdenie dokazuje aj skutočnosť, že v našom predchádzajúcom (Žiaková et al., 2006; 2008) i aktuálne predkladanom výskume, dosiahlo hodnotu hraničného váženého skóre viac znakov z *NHS* ako z *NANDA I*.¹³

Nástroje merania *beznádeje* v klinickej praxi a identifikované definujúce znaky

V súvislosti s meraním konštruktu nádeje/*beznádeje* máme k dispozícii validné a reliabilné nástroje

merania, ktoré boli vytvorené v ošetrovatelstve, napríklad Stonerova škála nádeje (*Stoner Hope Scale*, Stoner, 1985); NHS (Nowotny, 1989); Herthovej index nádeje (*Herth Hope Index*, Herth, 1990); Millerovej škála nádej (*The Miller Hope Scale*, Miller, Powers, 1988). Na meranie nádeje/beznádeje pre potreby klinickej praxe boli vytvorené (a vo všeobecnosti sú odporúčané) dva nástroje, NHS a Herthovej index nádeje (ďalej HHI). Obidva nástroje predstavujú typické *self-report* dotazníky (*self-administered versions*), tzn., že sú konštruované tak, aby boli použiteľné formou samostatného vyplňovania, teda bez asistencie ďalšej osoby. Pri žiadnom z vyššie uvedených nástrojov nie sú dostupné verzie, ktoré vyplňa sestra počas rozhovoru s pacientom (tzv. *interviewer-administered version*¹⁴). V klinickej praxi môže NHS alebo HHI vyplňať sestra sa spoločne s pacientom a vysvetliť pacientovi prípadné nejasnosti v položkách. Niektoré otázky môžu u pacienta spôsobiť psychické rozladenie, preto by mala byť sestra pri ich administrácii opatrná a prípadne nevhodné otázky (z hľadiska situácie pacienta) preformulovať.

V našom výskume sme prostredníctvom DCV modelu identifikovali osem znakov, prostredníctvom ktorých môžeme operacionalizovať ošetrovateľskú diagnózu *Beznádej*. Uvedené znaky sú formulované tak, aby mohli byť objektívne hodnotené sestrou, tzn., že by mohli byť východiskom pre konštrukciu klinickej škály merania *Beznádeje*, ktorú by vyplňala sestra. Tým by sa mohlo eliminovať riziko psychického rozladenia pacienta, resp. riziko nepochopenia alebo nesprávnej interpretácii položiek pacientom pri použití NHS alebo HHI. Na základe korelačnej analýzy sme zistili, že medzi identifikovanými znakmi sú prítomné štatisticky významné korelácie (Tab. 5). Z uvedeného dôvodu sme následne vykonali faktorovú analýzu, v ktorej sme identifikovali tri faktory, ktorými sú dané znaky nabité. Na základe hodnôt koeficientov nabitia (Tab. 6) a korelačnej analýzy môžeme konštatovať, že nástroj by mohol obsahovať osem znakov zatriedených do troch subškál:

- v prvej škále by boli položky: vyjadrovanie sa o strate viery, strate zmyslu života; vyjadrovanie nedôvery vo vlastné schopnosti zvládnuť situáciu, teda znaky sýtené faktorom F1, (Tab. 6),
- v druhej škále by boli položky: vyjadrovanie sa o strate plánov do budúcnosti, vyjadrenia o tom, že sa veci nezmenia, vyjadrovanie sklamaní nad nesplnenými očakávaniami, vyjadrenia týkajúce toho, že sa človek cíti osamelý, teda znaky sýtené faktorom F2, (Tab. 6),

- v tretej škále by boli položky: skleslá nálada, celková pasivita – teda znaky sýtené faktorom F3, (Tab. 6).

V rámci ďalšieho výskumu je potrebné sa zamerať na vytvorenie škálovania pre jednotlivé znaky a na zistenie psychometrických vlastností nástroja. Predovšetkým je potrebné určiť jeho reliabilitu a konštruktívnu a súbežnú validitu (napríklad prostredníctvom porovnania údajov zistenými pomocou HHI alebo NHS a údajov, ktoré by sme získali pri použití nami navrhovaného nástroja).

Záver

Použitím DCV modelu sme identifikovali osem definujúcich znakov, prostredníctvom ktorých môžeme operacionalizovať diagnózu *Beznádej* v našom socio-kultúrnom kontexte. Identifikované znaky navrhujeme využiť pri konštrukcii a následnom testovaní nástroja merania *Beznádeje* v klinickej praxi. Výsledky našej štúdie zároveň poukazujú na dôležitosť doplnenia definujúcich charakteristík *Beznádeje* v *NANDA I* o kognitívno – temporálne charakteristiky (vzťah ku budúcnosti, zmysel života, očakávaní a pod.).

Štúdia vznikla ako súčasť riešenia grantu APVV SK-CZ-0151-09, MŠMT MEB 0810029, VEGA 1/0215/10.

Bibliografické odkazy

- COLLINS, S., CUTCLIFFE, J.R. 2003. Addressing hopelessness in people with suicidal ideation: building upon the therapeutic relationship utilizing a cognitive behavioural approach. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2003, vol. 10, p. 175 – 185. ISSN 1351-0126.
- CREASON, N. 2004. Clinical Validation of Nursing Diagnoses. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 2004, vol. 15, no. 4, p. 123-132. ISSN 1541-5147.
- ENDACOTT, R. 1997. Clarifying the concept of need: a comparison of two approaches to concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 1997, vol. 25, p. 471 – 476. ISSN 0309-2402.
- FADDEN, T., FEHRING, R. J., KENKEL-ROSSI, E. 1987. Clinical validation of the diagnosis anxiety. In McLANE (ed). *Classification of Nursing Diagnoses: Proceedings of the Seventh Conference*. 1st ed. St. Louis: Mosby, 1987. p. 113-120. ISBN 0-8016-3847-X.
- FARSKÝ, I., ŽIAKOVÁ, K. 2007. Problematika nádeje u pacientov s depresiou. In ČÁP, J. et al. (eds). *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve*. Martin: Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta Martin, 2007, s. 93 – 103. ISBN 978-80-88866-43-5.
- FEHRING, R. J. 1986. Validation diagnostic labels: standardized methodology. In HURLEY M. E. (ed). *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the sixth*

conference. 1st ed. St. Louis: Mosby, 1986. p. 183–190. ISBN 0-801637-66-X.

FEHRING, R. J. 1987. Methods to validate nursing diagnoses. *Heart and Lung: the journal of critical care*. 1987, vol. 16, no. 6, p. 625-629. ISSN 0147-9563.

FEHRING, R. J. 1994. The Fehring Model. In CARROLL-JOHNSON et al. (eds). *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the tenth conference*. 1st ed. Philadelphia: Lippincott, 1994. p. 55–62. ISBN 0-397-55011-1.

GORDON, M., SWEENEY, M. A. 1979. Methodologic problems and issues in identifying and standardizing nursing diagnosis. *Advances in Nursing Science*. 1979, vol. 2, no. 1, p. 1-15. ISSN 0161-9268.

HAASE, J.E., BRITT, T., COWARD, D.D. 1992. Simultaneous concept analysis of spiritual perspective, hope. *Journal of Nursing Scholarship*. 1992, vol. 24, no. 2, p. 141-147. ISSN 1527-6546.

HALAMA, P., ONDREJKA, I., ŽIAKOVÁ, K., FARSKÝ, I. 2010. Existenciálne a spirituálne koreláty mentálneho zdravia u bežnej populácie a psychiatrických pacientov. *Československá psychologie*, vol. 54, no. 1, p. 42-57. ISSN 009-062X.

HALL, B.A. 1990. The struggle of diagnosed terminally ill person to maintain hope. *Nursing Science Quarterly*. 1990, vol. 4, no. 3, p. 177-184. ISSN 0894-3184.

HERTH, K. Hope in the family caregiver of terminally ill people. *Journal of Advanced Nursing*. 1993, vol. 18, no. 4, p. 538 – 548. ISSN 0309-2402.

HINDS, P. 1984. Inducing a definition of hope through the use of grounded theory methodology. *Journal of Advanced Nursing*. 1984, vol. 9, p. 357-362. ISSN 0309-2402.

HOLMANOVÁ, E., ŽIAKOVÁ, K., ČÁP, J. 2006. Metodologické poznámky k validizácii ošetrovateľských diagnóz. *Kontakt*. 2006, vol. 8, no. 1, s. 25-30. ISSN 1212-4117.

HOSKINS, L. 1988. Clinical validation methodologies for nursing diagnosis. In CAROLL-JOHNSON, R.M. (ed). *Classification of Nursing Diagnosis: Proceedings of the eight conference NANDA*. 1st ed. Philadelphia: Lippincott, 1989. p. 126-131. ISBN 0-397-54736-0.

HOSKINS, L. 1997. How to do a validation study. In RANTZ, M. J. et al. (eds). *Classification of Nursing Diagnosis: Proceedings of the twelfth conference NANDA*. 1st ed. Glendale: Cinahl, 1997. p. 79–86. ISBN 0-910478-58-9.

MADEIROS SAUTO, C.M.R., RIBERIO GARCIA, T. 2003. Construction and Validation of a Scale for the Measurement of Body Image. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 2003, vol. 14, no. 4, p. 9. ISSN 1541-5147.

McGEE, R.F. 1984. Hope: A factor influencing crisis resolution. *Advances in Nursing Science*. 1984, vol. 6, no. 4, p. 34-44. ISSN 0161-9268.

MILLER, J.M., POWERS, M.J. 1988. Development of an Instrument To Measure Hope. *Nursing Research*, January/February 1988, vol. 37, no. 1, p. 6-10. ISSN 0029-6562.

NOWOTNY, M.L. 1989. Assessment of Hope in Patient With Cancer: Development of an Instrument. *Oncology Nursing Forum*. 1989, vol. 16, no. 1, p. 57- 61. ISSN 0190-535X.

NURSING DIAGNOSES: DEFINITIONS & CLASSIFICATION 2007-2008. 2007. First edition. Philadelphia: NANDA International, 2007. 343 p. ISBN 978-0-9788924-0-1.

PYKKÖ, V. 2003. *Hope and Hopelessness Experienced by The Severely Depressive and Non-depressive Elderly*. First edition. Department of Nursing Science, University of Turku Annales Universitatits Turkuensis Painsalama Oy: Turku, Finland, 2003, 163 pp. ISBN 951-29-2539-7.

SATO, S. 2002. Diagnostic concept development: Content validation of North American nursing diagnoses in Japan. Digital Dissertation, (UMI No. 9707888) [online]. 2002. [cit. 2010-10-02]. Dostupný z WWW: <<http://wwwlib.umi.com/dissertations/fullcit/9707888> (accessed 12 december 2002) >.

STONER, M.H., KAEMFER, S.H. 1985. Recall life expectancy information, phase of illness and hope in cancer patient. *Research in Nursing & Health*. 1985, vol. 8, no. 3, p. 269-274. ISSN 0160-6891.

TIESINGA, L.J., DASSEN, T.W.N., HALFENS, R.J.G., van den HEUVEL, W.J.A. 2003. Validation and Application of the Dutch Fatigue Scale and the Dutch Exertion Fatigue Scale. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 2003, vol. 14, no. 4, p. 9-10. ISSN 1541-5147.

TIESINGA, L.J., DIJKSTRA, A., DASSEN, T.W.N., HALFENS, R.J.G., van den HEUVEL, W.J.A. 2002. Are nurses able to assess fatigue, exertion fatigue and types of fatigue in residential home patients? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2002, vol. 16, p. 129-136. ISSN 1471-6712.

WAKE, M. M., FEHRING, J. R., FADDEN, T. 1991. Multinational Validation of Anxiety, Hopelessness, and Ineffective Airway Clearance. *Nursing Diagnosis*. 1991, vol. 2, no. 2, p. 57-65. ISSN 1046-7459.

WHITLEY, G. G. 1999. Processes and methodologies for research validation of nursing diagnosis. *Nursing Diagnosis*. 1999, vol. 10, no. 1, p. 5-14. ISSN 1046-7459.

WHITLEY, G. G. 1994. Expert Validation and Differentiation of the Nursing Diagnoses Anxiety and Fear. *Nursing Diagnosis*. 1994, vol. 4, no. 4, p. 143-150. ISSN 1046-7459.

WHITLEY, G. G. 1997. A Comparison of Two Methods of Clinical Validation of Nursing Diagnosis. In RANTZ, M. J. et al. (eds). *Classification of Nursing Diagnosis: Proceedings of the twelfth conference NANDA*. 1st ed. Glendale: Cinahl, 1997. p. 103–110. ISBN 0-910478-58-9.

ZAUSNIEWSKI, J.A. 1994. Nursing Diagnosis and Depressive Illness. *Nursing Diagnosis*. 1994, vol. 5, no. 3, p. 106-114. ISSN 1046-7459.

ŽIAKOVÁ, K., ČÁP, J. 2005. Poznámky k problematike nádeje. In ČÁP, J. et al. (eds). *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovateľstve*. Martin: Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta Martin, 2005, s. 814 – 823. ISBN 80-88866-32-4.

ŽIAKOVÁ, K., ČÁP, J., HOLMANOVÁ, E. 2006. Validizácia ošetrovateľskej diagnózy Beznádej. *Kontakt*. 2006, vol. 8, no. 2, s. 249-256. ISSN 1212-4117.

ŽIAKOVÁ, K., ČÁP, J., GURKOVÁ, E. 2008. Content Validation of Hopelessness in Slovakia. *Acta Medica Martiniana*. 2008, vol. 8, no. 2, s. 31-36. ISSN 1335-8421.

Poznámky

¹Konceptuálna analýza (*conceptual analysis*) je proces identifikácie, objasňovania a diferenciacie obsahu, rozsahu pojmu a jeho vzťahov so súvisiacimi pojmami. Výsledkom tohto procesu je čo najpresnejšia interpretácia daného pojmu

(explikácia jeho významu). V súčasnosti existuje viacero metód, resp. prístupov k realizácii konceptuálnej analýzy. Ich cieľom je vymedzenie definujúcich znakov (atribútov a vlastností) určitého pojmu z oblasti ošetrovateľskej teórie, praxe alebo výskumu a vytvorenie jeho konštruktívnej alebo operacionálnej definície. Konceptuálna analýza sa v ošetrovateľstve využíva pri výbere nástroja, ktorý adekvátne reflektuje definujúce znaky pojmu, ktorý sa má merať, pri tvorbe nového nástroja merania daného pojmu, pri objasňovaní nejasných pojmov a ich vzťahov konkrétnej ošetrovateľskej teórie a podobne, pri vývoji a testovaní diagnostických pojmov. (Endacott, 1997, s. 471 – 476)

²V súvislosti s obsahovou validizáciou diagnóz sa najčastejšie využíva Fehringov model (Fehring, 1987) validity diagnostického obsahu (*Diagnostic Content Validity Model*, ďalej DCV) a model validizácie sestrami - expertami (*The Nurse Validation Model*) autorov Gordon, Sweeney (Gordon et al., 1979). Posledný uvedený model sa zameriaval na zistenie zhody expertov (sestier) v definujúcich znakoch konkrétnej ošetrovateľskej diagnózy. Uvedený model bol modifikovaný Fehringom (1986, 1987), ktorý návrhom kvantifikácie definujúcich znakov vytvoril DCV model. Uvedený model sa stal najčastejšie využívaným modelom validizácie ošetrovateľských diagnóz. (Whitley, 1999, s. 10)

³Najčastejšie je využívaný Fehringov model (Fehring, 1987) klinickej validity (tzv. *Clinical Diagnostic Validation Model*, ďalej CDV). Tento model autor odporúča využiť pri diagnózach, ktoré predstavujú afektívnu alebo kognitívnu odpoveď pacienta na situáciu. V tomto modeli sa hodnotí výskyt charakteristík z DCV modelu s tými, ktoré boli manifestované u pacienta. Ide o prospektívny model dôkazu charakteristík z klinického pohľadu. Dvaja klinickí experti pozorujú a hodnotia dostatočný počet pacientov (napr. 50) s už stanovenou skúmanou ošetrovateľskou diagnózou, pričom sledujú prítomnosť či neprítomnosť každej definujúcej charakteristiky validizovanej diagnózy a hodnotia frekvenciu vopred identifikovaných charakteristík danej diagnózy s tými charakteristikami, ktoré sú manifestované u každého pozorovaného pacienta.

⁴Medzi najčastejšie metódy patrili fenomenologická analýza, literárny prehľad, zakotvená teória, rozhovor, kazuistiky.

⁵Na základe literárneho prehľadu sme vymedzili nasledujúce znaky nádeje – multidimenziálnosť, orientácia na budúcnosť, zahrnutie aktívnej účasti jednotlivca, súvislosť s vierou, možnosť naplnenia, vzťah k iným ľuďom alebo absolútnu, dôležitosť výsledku nádeje. Zároveň sme na vzorke študentov a pacientov zrealizovali kvalitatívny výskum s cieľom zistiť ich interpretáciu pojmu nádej. Otázky, ktoré sme vo výskume hodnotili, boli nasledovné. K čomu alebo ku komu máte nádej? Čo sa vo Vás mení alebo ako sa u Vás prejavuje /prežívate nádej/, keď máte nádej? Aký je rozdiel medzi človekom, ktorý má nádej a takým, ktorý ju nemá? V akej situácii uvažujete o nádeji? Na základe kvalitatívnej analýzy odpovedí u pacientov sme vytvorili nasledujúcu definíciu nádeje. *Nádej* je druhom (formou) viery, života, dobra, sily, je možnosťou zameranou k Bohu, rodine (blízkym), k zdraviu, k zlepšeniu životnej situácie. Prináša prežívanie šťastia a silu do života, je aktivizujúcim prvkom. Prejavuje sa najmä v zlých životných situáciách, konkrétne chorobe.

⁶ V rámci konceptuálnej analýzy nádeje sme vychádzali z Nowotnej konceptuálneho rámca nádeje (Nowotny, 1989).

⁷Položky Nowotnej škály nádeje sme využili pri obsahovej validizácii Beznádeje, konkrétne pri tvorbe nástroja na posúdenie jej definujúcich charakteristík. Využili sme modifikovaný Fehringov DCV model. Nástroj na posúdenie významnosti diagnostických znakov obsahoval 37 položiek. Položky sme rozdelili do troch skupín. Prvú skupinu tvorili diagnostické charakteristiky diagnózy *Beznádej* (kód 00124) z *NANDA – International* (Doenges, Moorhouse, 2001, s. 72). Vychádzajúc zo skúseností autorov Wake, Fehring a Fadden, (1991, s. 59), ktorí pridali aj znaky zo štandardne používaných meracích nástrojov, sme zaradili do štúdie aj druhú skupinu diagnostických znakov prevzatých z meracieho nástroja *Nowotny Hope Scale* (Nowotny, 1989, s. 57-61). Zoznam sme doplnili štyrmi neutrálnymi znakmi.

⁸V rámci vyššieho odborného vzdelania bola ošetrovateľská diagnostika zakomponovaná v osnovách predmetu ošetrovateľský proces a ošetrovateľstvo.

⁹Fakultné nemocnice sme vybrali z nasledujúcich dôvodov – väčšina sestier pracujúcich v uvedených nemocniciach sa vzdelávalo alebo ešte v súčasnosti vzdeláva na príslušných fakultách ošetrovateľstva (Martin, Olomouc, Ostrava). Ošetrovateľská diagnostika predstavuje významnú súčasť vzdelávacieho procesu, ako aj vedecko-výskumnej činnosti na uvedených troch fakultách. Z celkového počtu 88 sestier, malo sedemdesiatšesť sestier ukončené bakalárske vzdelanie, šesť sestier magisterské vzdelanie, jedna sestra doktorandské štúdium, jedna sestra pomaturitné špecializačné štúdium a štyri sestry vyššie odborné štúdium.

¹⁰NHS predstavuje typický *self-report* nástroj. Vybrané položky z NHS sme preformulovali tak, aby zneli ako položky nástroja, ktorý vyplňa sestra pri rozhovore, resp. pri pozorovaní pacienta. Napríklad položku z NHS „*Mám dôveru vo svoje schopnosti*“ sme preformulovali na „vyjadrovanie nedôvery vo vlastné schopnosti“.

¹¹ Napríklad, ak je pacient presvedčený, že nemôže na situácii nič zmeniť, tak môžeme zároveň u neho predpokladať stratu plánov do budúcnosti.

¹² Neschopnosť mobilizovať sily je operacionalizovaná prostredníctvom nasledujúcich charakteristík – pasívne prijímanie starostlivosti, celková pasivita. Vnímanie bezvýhodiskovosti situácie prostredníctvom vyjadrení o tom, že sa veci nezmenia.

¹³V predchádzajúcom výskume bol výsledný pomer znakov NHS:*NANDA* - 1 10:2, v aktuálne predkladanom výskume 5:3.

¹⁴Pri použití týchto verzií sestra pomocou rozhovoru zaznamenáva odpovede pacienta na jednotlivé položky dotazníka.