GRANT journal
ISSN 1805-062X, 1805-0638 (online), ETTN 072-11-00002-09-4

EUROPEAN GRANT PROJECTS | RESULTS | RESEARCH & DEVELOPMENT | SCIENCE

Integrace výsledků validace ošetřovatelské diagnostiky do výstupních kompetencí z profesních studijních programů

Alexandra Archalousová[1]
Gabriela Vörösová[2]

[1] Univerzita Konstantina Filozofa v Nitře; Fakulta sociálních věd a zdravotnictví; Katedra ošetřovatelství; Kaskova 1; Nitra aarchalousova@ukf.sk
[2] Univerzita Konstantina Filozofa v Nitře; Fakulta sociálních věd a zdravotnictví; Katedra ošetřovatelství; Kaskova 1; Nitra gvorosova@ukf.sk

Grant: CZ.1.04/1.1.00/46.00001
Název grantu: Prohlubování a zvyšování úrovně odborných znalostí nelékařských zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků se zaměřením na odborně profesní vzdělávání a na vzdělávání v manažerských dovednostech
Grant: APVV-0532-10
Název grantu: Psychometrická analýza a syntéza existujúcich nástrojov na diagnostikovanie úzkosti a zvládanie záťaže v ošetrovateľstve
Oborové zaměření: AM Pedagogika a školství

© GRANT Journal, MAGNANIMITAS Assn.

Abstrakt Příspěvek se zaměřuje na význam validace standardní terminologie a integraci výsledků výzkumu ošetřovatelské diagnostiky do výuky odborných dovedností studentů vysokoškolských zdravotnických oborů. Rostoucí důraz na bezpečný přístup ke klientům/pacientům a vysoce kvalitní ošetřovatelskou péči založenou na důkazech (based evidence) vede k postupnému přehodnocování metod výuky u studentů profesních studijních programů ošetřovatelství a porodní asistence. Vymezeny jsou klíčové pojmy, zdůrazněna užitečnost a účinnost didaktické metody kritického myšlení s využitím standardizovaného ošetřovatelského diagnostického jazyka vedoucí k získání kompetencí. Příspěvek vznikl v rámci dvou projektů. První projekt s názvem „Prohlubování a zvyšování úrovně odborných znalostí nelékařských zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků se zaměřením na odborně profesní vzdělávání a na vzdělávání v manažerských dovednostech“, kde autoři prezentují výstupní analýzu poznatků metodologie ošetřovatelské praxe (ošetřovatelského procesu) s využitím koncepčních modelů a teorií využitelných ve výuce profesních kompetencí. Druhý projekt s názvem „Psychometrická analýza a syntéza existujúcich nástrojov na diagnostikovanie úzkosti a zvládanie záťaže v ošetrovateľstve“, jehož prostřednictvím proběhla validizace vybraných ošetřovatelských diagnóz Taxonomie II NANDA International. Na příkladu vybrané ošetřovatelské diagnózy *Strach* prezentují autoři validizační studii, jejíž výsledky lze integrovat do vzdělávacího procesu při osvojování kompetencí v oblasti ošetřovatelské diagnostiky.

Klíčová slova Validizace, validace, diagnóza, ošetřovatelská diagnostika, kritické myšlení, kompetence, vzdělávací program profesního studijního oboru.

1. ÚVOD

Studenti ošetřovatelství jsou vedeni k rozvoji svých diagnostických dovedností pedagogy (registrovanými sestrami/registrovanými porodními asistentkami). Pedagogové zodpovídají za implementaci nejnovějších poznatků výzkumu a praxe založené na důkazech (based evidence) do výuky při vedení studentů během osvojování si dovedností, výstupních kompetencí z profesního studijního programu. Ke splnění tohoto pedagogického cíle mohou akademičtí pracovníci společně se studenty využívat Taxonomii II jako jednoho z příkladu souboru znalostí, který je zaměřen na zlepšování zdravotních výsledků/zdraví jednotlivce, rodiny či komunity. Taxonomie II NANDA International je dostupný kategorizovaný zdroj ošetřovatelské vědy pro využití v praxi. Taxonomie NANDA – I v současné době obsahuje 217 ošetřovatelských diagnóz, 13 domén/kategorií ošetřovatelské praxe s 47 třídami a čísly diagnóz. Aby taxonomie NANDA-I zůstala založená na důkazech, potřebuje podporu pokračujícího výzkumu. Mezi potřebné studie doporučované NANDA International patří prioritně pojmová analýza, validace obsahu, konstruktivní validace, validace shody, validace kritérií, studie přesnosti diagnóz. Výsledky studií následně integrovat do vzdělávacího procesu budoucích sester s cílem precizně ovládat dovednosti klinického posouzení, diagnostického uvažování v rámci metodologie ošetřovatelské praxe.

2. TERMINOLOGICKÉ VYMEZENÍ POJMŮ

Validizace - naučný slovník definuje pojem jako ověřování pracovních hypotéz mimo rámec vlastního šetření doplňujícími údaji z pracovního nebo rodinného života klienta. Validizaci lze chápat jako proces ověřování pomocí nástrojů, monitorováním nebo měřením. *Validace.* Význam cizího slova validace v češtině je ověřování, ověření, prověřování, prověření. Z hlediska požadavků 7.5.2 normy ISO 9001 se pak jedná o ověření, nebo prověření správnosti zamýšleného (nebo plánovaného) postupu či procesu výroby/výrobní operace anebo poskytování služby dříve než je zahájeno provádění předmětných úkonů postupu či procesu, aby byla prokázána schopnost zamýšlených (plánovaných) postupů/procesů/úkonů dosahovat výsledky. Validace je nezbytná zejména v případě, že výsledný produkt/výstup nelze ověřovat následným monitorováním nebo měření. Připadá nám rozumné rozlišovat mezi validitou testu a validizací, přičemž první pojem je

vlastností testu a druhý je procesem sběru důkazů o validitě testu. *Validovat, validizovat* jako sloveso se používá ve významu potvrzení platnosti, dokazovaní, ověření (Vorošová, 2013, s. 30; Kudlička, 2003, s. 239; Creason, 2004, s. 123). Definice validity je nejčastěji spojená s výzkumným nástrojem. Výzkumný nástroj je validní tehdy, kdy měří to, co měřit má (Gavora, 1999, s. 80; Sollár, 2004, s. 52, Archalousová, 2004, s. 5-11). Tato definice validity se především vztahuje na hodnotící a měřící techniky využívané v ošetřovatelském výzkumu (Vorošová, 2013, s. 39). Validita je jedním z významných termínů v metodologii výzkumu diagnostických kategorií v ošetřovatelství (Žiaková, Čáp, Holmanová, 2006, s. 249; Vorošová, 2013, s. 36). Relevantnost údajů získaných a používaných v ošetřovatelském vzdělávání, praxi a výzkumu, můžeme chápat jako míru jejich použitelnosti vzhledem ke stanovení ošetřovatelských diagnóz, výběru ošetřovatelských intervencí a hodnocení jejich výsledků.

Diagnóza v ošetřovatelství. Samotný termín diagnóza vychází z řeckého slova *diagignoskein*, znamená rozlišovat. Obecně se definuje jako: 1. Umění určit chorobu na základě znaků a příznaků; 2. Prohlášení či závěr týkající se podstaty nějakého jevu; 3. Analýza průběhu a podstaty stavu, situace či problému. Pojem diagnóza se neomezuje pouze na některou z konkrétních profesí, ale je používaná v celé řadě oborů – v biologii, medicíně, ekologii, pedagogice, psychologii, ošetřovatelství a dalších (Archalousová, 2013, s. 36). Každý, kdo provádí prohlášení či závěr o povaze jevu, stavu či problému diagnostikuje (Kozierová et al, 1995, s. 190; Mastiliaková, 2003, s. 46; Archalousová, 2013, s. 36-39). Pojem ošetřovatelská diagnóza se objevuje v 50. letech 20. století ve Spojených státech amerických. Nejstarší definici formuluje ve své práci Abdellah slovy „jde o určení charakteru a rozsahu ošetřovatelských problémů, které vznikly u jednotlivých pacientů nebo rodin, kterým je poskytována ošetřovatelská péče“. Roy v devadesátých letech definuje ošetřovatelskou diagnozu prostřednistvým adaptačního systému jako vyvíjející se myšlenkový proces (Alligood, Tomey, 2006, s. 313). Současná definice ošetřovatelské diagnózy se formulovala několik let a to již od první konference NANDA International (North American Nursing Diagnosis Association), kde byla přijata tato definice: „ošetřovatelská diagnóza je úsudek či závěr, který je výsledkem ošetřovatelského posouzení“ (Carpenito-Moyet, 2004, s. 65). V současnosti NANDA-I po několika revizích označuje diagnózu za „závěr o odpovědích, reakcích jednotlivce na problém či životní proces“ (Herdman, 2012, český překlad 2013). Je klinickým posouzením zážitků, reakcí jedince, skupiny nebo komunity na aktuální nebo potenciální zdravotní problémy/životní procesy. Ošetřovatelská diagnóza poskytuje základ pro výběr ošetřovatelských intervencí k dosažení výsledků, za které je sestra zodpovědná (NANDA –I, 2009). *Ošetřovatelská diagnostika* je myšlenkový proces, jehož výsledkem je stanovení ošetřovatelského závěru, tedy ošetřovatelských diagnóz a jejich zaznamenání do ošetřovatelské dokumentace (plánu péče).

Validizace ošetřovatelské diagnózy znamená potvrzení, že diagnóza přesně odráží problém klienta/pacienta a skutečnost, že k závěru jsme dospěli na základě sebraných relevantních údajů. V souvislosti s validitou ošetřovatelské diagnózy je možné si položit otázky podle Creason (Creason, 2004, s.123; Vorošová, 2013, s. 39): Lze danou ošetřovatelskou diagnózu odlišit od jiných, se kterými má společné charakteristiky?; Je diagnóza při výskytu stejných znaků přítomna u každého klienta/pacienta?; Odráždí problém klienta/pacienta?; Reprezentuje přesně zjistitelné údaje? Holmanová a kol. uvádí, že validizace ošetřovatelské diagnózy znamená potvrzení, že diagnóza přesně odráží problém pacienta (Žiaková, Čáp, Holmanová, 2006, s. 250; Vorošová, 2013, s. 39).

Kritické myšlení v ošetřovatelské praxi se zaměřuje na získání základní znalostní báze, řešení problému, klinický úsudek a rozhodování. Klinický úsudek zahrnuje dimenzi etickou, diagnostickou, terapeutickou, praxi založenou na důkazech a výzkum. Definice kritického myšlení v ošetřovatelství hovoří o specifickém přemyšlení a porozumění, v procesu rozhodování o tom, co dělat nebo čemu věřit ve specifické situaci (Mesárošová, Vorošová, 2004, s. 82-3). Kriticky myslící sestra/porodní asistentka zaujímá analytický přístup, projevuje pochopení souvislostí, vyhodnocuje domněnky a hypotézy, získává informace ze spolehlivých zdrojů, zvažuje varianty řešení a provádí stálé vyhodnocování dosažených výsledků svých aktivit. Schopnosti kritického myšlení jsou nezbytné pro ošetřovatelskou praxi. Identifikace charakteristik kritického myšlení a chování studenta umožňují stanovení výukových strategií, učení studenta a hodnocení. Pomáhají také identifikovat způsoby a hodnotící kritéria dosažené úrovně kritického myšlení. Kritické myšlení je možné nejefektivněji posuzovat pomocí systematicky vytvořeného (z mnoha aspektů integrovaného) plánu. Např. testy s mnohočetným výběrem, vytvoření testů s krátkou odpovědí, psaním esejí, kazuistik, řešením projektů, realizaci výzkumu, apod. (Gibbs, 2012; Archalousová, 2013, s. 65).

Tab. 1 Charakteristiky kritického myšlení v ošetřovatelském procesu. Ukázka možného plánu hodnocení dovednosti (Gibbs, 2012)

Projevuje schopnost kritického myšlení v péči o zdraví	Klinické hodnocení	Test	Písemná esej	Kazuistika	Prezentace v učebně	Časopis
PROJEVUJE analytický přístup	x			x		x
PROJEVUJE pochopení souvislosti	x	x	x	x	x	
VYHODNOCUJE domněnky/hypotézy	x	x	x	x	x	x
VYUŽÍVÁ spolehlivé zdroje	x	x	x	x	x	
ZVAŽUJE varianty řešení	x	x	x	x	x	
VYHODNOCUJE vývoj stavu klien- ta/ pacienta	x	x	x	x		x

Kritické myšlení je proces celoživotního rozvoje osobnosti, vedoucí k růstu v profesním i osobním životě (Wilkinson, Treas, 2011, s. 155). Kritickým myšlením se ve svých pracích zabývala celá řada autorů. Scheffer, Rubenfeld použili Delphi techniku (způsob etapovitého získávání informací od skupiny expertů s cílem dosáhnout názorového konsenzu na danou problematiku) vytvoření definice kritického myšlení pro ošetřovatelství. Podle nich kritické myšlení v ošetřovatelství je základní složka profesionální odpovědnosti a kvality ošetřovatelské péče. U těch, kteří myslí kriticky se projevuje: sebejistota, kontextová perspektiva, kreativita, zvídavost, flexibilita, intelektuální integrita, intuice, otevřenost, vytrvalost, reflexe (Scheffer, Rubenfeld, 2000, s. 357; Vorošová, 2013, s. 74).

Kompetence pro ošetřovatelskou diagnostiku. Evropský rámec kvalifikací popisuje kompetence jako prokazatelnou schopnost používat znalosti, dovednosti a osobní, sociální nebo metodické schopnosti při práci a studiu, v profesním nebo osobním rozvoji (Archalousová, 2014, s. 6-9). Jde o schopnost vytvořit závěr po systematickém procese sběru dat a jejich validním vyhodnocení.

Podle Lunney (2009, in Herdman, 2009, s. 7) existují dva předpoklady, které jsou základem pro vývoj diagnostických kompetencí: 1. Ošetřovatelská diagnostika vyžaduje kompetence v oblasti intelektuální, interpersonální a technické; 2. Ošetřovatelská diagnostika vyžaduje rozvoj osobních silných stránek, toleranci dvojznačnosti a používání reflexní praxe (Herdman, 2009, s. 7; Vorošová, 2013, s. 73). Získání intelektuálních kompetencí u studentů předpokládá osvojení si nejnovějších vědomostí (based evidence nursing) o ošetřovatelských diagnózách, využívat kognitivně – analytické schopnosti, logické uvažování a aplikaci standardů. Delphi metoda ošetřovatelských odborníků stanovila 7 kognitivních dovedností a 10 návyků způsobů myšlení, které byly považovány za vysoce relevantní pro ošetřovatelskou praxi (Scheffer, Rubenfeld, 2000, s. 352-9). Kognitivní dovednosti zahrnují: analýzu, aplikaci standardů, rozlišování, vyhledávání informací, logické zdůvodňování, předvídání, transformování vědomostí. Způsoby myšlení zahrnují: sebejistotu, kontextovou perspektivu, kreativitu, flexibilitu, zvídavost, intelektuální integritu, intuici, otevřenost, vytrvalost, reflexi. Tyto strategie jsou významné pro rozvoj schopnosti kritického myšlení. Interpersonální kompetence u studentů předpokládají nácvik a osvojení si interpersonálních komunikačních dovedností, umění získat si důvěru klienta/pacienta popř. jeho doprovázejících, umění naslouchat, spolupracovat s klientem/pacientem a jeho rodinou. Technické kompetence představují zvládnutí sběru a zpracování dat ošetřovatelské anamnézy s využitím rámců koncepčních modelů, teorií či filozofií. Schopnost odebrat anamnézu, provést fyzikální vyšetření, ošetřovatelský screening, použít relevantní nástroje k zahájení diagnostického procesu (Archalousová, 2013, s. 37-9; Vorošová, 2013, s. 83, Herdman, 2009, s. 6-7). Tolerance nejednotnosti umožňuje budoucím sestrám vzít do úvahy širokou škálu ovlivňujících faktorů během diagnostického procesu a schopnost zaměřit se na stanovení nejpřesnější diagnózy k dosažení kvalitních služeb v péči o klienta/pacienta. Herdman podotýká, že jde v péči v řadě situací o extrémně složité a rozdílné reakce a zkušenosti jedinců, proto je nezbytné s nimi zacházet reálně a s tolerancí. Používání reflexní praxe je schopnost introspektivně zkoumat vlastní chování ve vztahu k myšlení, interpersonálním událostem a technickým schopnostem. Kompetence představují dynamickou kombinaci kognitivních a metakognitivních dovedností, znalostí, porozumění, interpersonálních/intelektuálních/praktických dovedností a etických hodnot.

Vzdělávací program profesního studijního oboru. Obsah vzdělávacího programu profesně zaměřeného studijního oboru musí respektovat požadavky profese, tedy dosažení výstupních kompetencí pro výkon reprezentantů profese. Podle Gibbse et al. je cílem všech vzdělávacích programů podpora rozvoje kompetencí a to v rámci všech studijních jednotek (Gibbs, Kenedy, Vickers, 2012). Úroveň dosažených kompetencí je hodnocena v různých fázích studijního programu. Některé kompetence jsou specifické pro daný obor, předmět či téma, jiné jsou generické (obecné, společné pro všechny obory). Rozvoj kompetencí zpravidla probíhá jako integrovaný a cyklický proces po celou dobu studijního programu a vyžaduje neustálou integraci výsledků validizace ošetřovatelské terminologie, výsledků výzkumu založených na důkazech, ověřených v praxi (evidence based pratice). Na první pohled se zdá, že získání důkazů v praxi a jejich integrace do vzdělávání je jednoduché, ale realita ukazuje, že často existuje propast mezi praxí a nejlepšími důkazy (Edwards, 2008, s. 157-157). Podle Solgajové, Semanišinové se vyvíjí potřeba praxe založené na důkazech EBP (evidence based pratice) jako reakce rozpoznání propasti, která zároveň poskytuje stimul pro růst EBP (Solgajová, Semanišinová, 2010, s. 248; Vorošová, 2013, s. 84-5).

3. VALIDACE OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNOSTIKY V PROCESU ZÍSKÁVÁNÍ PROFESNÍCH DOVEDNOSTÍ JAKO VÝSTUPNÍCH KOMPETENCÍ

Výuka ošetřovatelských diagnóz je součástí metodologie ošetřovatelské praxe, tedy součástí ošetřovatelského procesu. Pochopení a zvládnutí metodologie – ošetřovatelského procesu je velmi složitý proces vyhledání, zpracování, vyhodnocení a uspořádání informací a to především pro začínající studenty. První fáze vyžaduje vytvoření bezpečného vzdělávacího prostředí v simulovaném prostředí univerzity, prvotní zvládnutí dovednosti před vstupem do klinického a komunitního ošetřovatelského prostředí (Archalousová, 2014, s. 7). Jako efektivní se osvědčila metoda kazuistik z klinické ošetřovatelské praxe přenesená do vhodného akademického nebo standardizovaného případu s moderním simulátorem klienta/pacienta, s případnou možností naprogramování potřebného scénáře. Důležitou úlohu ve vzdělávacím procesu spolu se studentem sehrává akademický pracovník, orientovaný v nejnovějších poznatcích (based evidence pratice) validace ošetřovatelské diagnostiky, který je erudován během diskuze poskytnou studentům zpětnou vazbu. Podle Herdmana tato vazba zahrnuje, zda: „verbální a nonverbální komunikace byla v průběhu sběru dat efektivní, verbálně vyjádřené uvažování prokázalo logický a systematický způsob shromažďování, prokáže využití ohnisek řešení problému při seskupování dat“ (Herdman, 2012, s. 98). Po analyticko-syntetickém průběhu následuje stanovení předběžné ošetřovatelské diagnózy a ověření této diagnózy pro stanovení přesnosti, což vyžaduje dostatečný prostor k osvojení. Sestry jsou odpovědné za způsobilost k výkonu profese a za rozsah praxe ve stanovení relevantní diagnózy klienta/pacienta (Archalousová, 2004, s.12-14). Uvědomění si tohoto faktu tak vede studenty i pedagogy k přezkoumání konceptů přesnosti a validity ošetřovatelských diagnóz.

Výukové strategie se autoři příspěvku pokusili orientačně rozdělit do tří oblastí (důvodem orientačního členění je hloubka a šíře specifické problematiky ošetřovatelské diagnostiky ve vzdělávacím procese, která přesahuje rámec tohoto příspěvku). První výukovou strategií je osvojení si systematického postupu sběru dat. Je nutné studentům poskytnout formát (nástroj) s využitím koncepčních modelů, filozofií, teorií, který by použili pro sběr všech údajů od klienta/pacienta. Důležitým předpokladem je návaznost a systematičnost sběru (například model Funkčního zdraví/funkčních vzorců zdraví M. Gordon) odpovídající předloženým údajům pro diagnózu ze standardizovaného zdroje, založeného na výzkumu. Tím je současná Taxomonie II NANDA-I. Faktory nebo proměnné, které ovlivňují diagnózy, jsou zaznamenány v ošetřovatelské anamnéze klienta/pacienta. Ty následně vytvářejí kontext pro související faktory, které v kombinaci s určujícími znaky/definovatelnými charakteristikami vytvářejí ošetřovatelské diagnózy. Druhou výukovou strategií je pomoci studentům pochopit pojem diagnózy a její význam v procesu hodnocení. Tohoto cíle lze dosáhnout osvojením si Taxonomie II pro validaci procesu. Přijmout taxonomii jako vědecký způsob, jak roztřídit, klasifikovat diagnózy a poskytnout odborný jazyk komunikace v týmu zdravotníků. Naučit studenty efektivně používat taxonomii pro ošetřovatelskou praxi. Třetí výukovou strategií je osvojení si schopnosti diagnostického uvažování. Tato dovednost vyžaduje neustálé přezkoumávání konceptů přesnosti a validity ošetřovatelských diagnóz. Dovednost stanovení určujících znaků/definujících charakteristik systematickým seskupováním objektivních známek a subjektivních příznaků, které vedou k závěrům ošetřovatelské diagnostiky.

V rámci výše uváděného projektu proběhla validace vypraných ošetřovatelských diagnóz Taxonomie II NANDA International. Validizovány byly diagnózy *Úzkost, Akutní zmatenost, Chronická zmatenost, Strach*. Na příkladu vybrané ošetřovatelské diagnózy

Strach prezentujeme validizační studii, jejíž výsledky lze integrovat do vzdělávacího procesu při osvojování kompetence v oblasti ošetřovatelské diagnostiky. Validizační studie umožnila vyjádřit míru platnosti určujících znaků/definujících charakteristik a souvisejících faktorů ošetřovatelské diagnózy *Strach* uvedených platnou terminologií NANDA International 2012-2014 v různých oblastech ošetřovatelské péče. Cílem výzkumu bylo validizovat ošetřovatelskou diagnózu Strach v České republice v klinickém a komunitním ošetřovatelském prostředí. Ověřit, které určující znaky/definující charakteristiky a související faktory považují expertky/sestry za hlavní a které za vedlejší. *Východiska řešené problematiky***.** Strach je silná emoce, vyvolávající nepříjemný pocit, doprovázený neurovegetativními projevy, které mohou při vyšší intenzitě, dlouhodobém působení výrazně ovlivnit zdraví jedince a jeho uzdravování. Termín „strach“ bývá často spojován s úzkostí. V odborné terminologii je ovšem přesně rozlišen, přestože hranice mezi nimi může být velmi křehká. Ošetřovatelská diagnóza má vztah k dalším diagnózám jako je bolest, sociální izolace, zhoršená pohyblivost, narušený spánek a podobné, u nichž jde o nepřiměřené identifikace jevu, které klient/pacient prožívá. Práce výzkumných týmů v ošetřovatelství při validaci ošetřovatelských diagnóz, zde konkrétně velmi často se vyskytující diagnózy Strach, je důležitá ke zlepšení přesnosti formulování ošetřovatelské diagnózy. Jedním z prioritních cílů NANDA International je implementace standardizované ošetřovatelské diagnostické terminologie, která zlepšuje ošetřovatelskou praxi a její validace, přispívající k profesionalitě ošetřovatelské péče. Významnou součástí je integrace do vzdělávacího procesu.

Soubor a metodika. K validizaci ošetřovatelské diagnózy Strach autoři zvolily DCV model Diagnostic Content Validity Model - model validity diagnostického obsahu, modifikovaný Fehringem (Fehring, 1986, s. 186-91). DCV je nejčastěji používaným modelem ve validizačních studiích, kdy dostatečný počet expertů hodnotí definující charakteristiky/určující znaky. Podle Fehringa experti/sestry hodnotily na Likertově škále definující charakteristiky/určující znaky ošetřovatelské diagnózy Strach. Na sběr dat byl vytvořen hodnotící nástroj, který zahrnoval seznam 44 položek; všech 34 definujících charakteristik/určujících znaků diagnózy Strach NANDA International 2012-14 a dvou autory přidaných znaků (falešných položek), celkem tedy 36 znaků. Hodnotící nástroj měřil vybrané anamnestické údaje expertek/sester, definující charakteristiky/určující znaky, ze kterých 10 bylo všeobecných: nebezpečí, obavy, strach, sníženou sebejistotu, děs, vzrušení, zvýšené napětí, trému, paniku, hrůzu; 5 kognitivních: sníženou schopnost učit se, řešit problémy, sníženou produktivitu, schopnost identifikovat předmět strachu, podnět vnímá jako ohrožení; 5 behaviorálních: útočné chování, vyhýbavé chování, impulzivnost, zvýšená ostražitost, zúžené zaměření na zdroj strachu; 14 fyziologických: nechutenství, průjem, sucho v ústech, dyspnoe, únava, zvýšené pocení, zrychlený pulz, zrychlené dýchání, zvýšený krevní tlak, napětí svalů, nauzea, bledost, rozšíření zornic, zvracení. Dále dva znaky (falešné položky), které nepatří do definujících charakteristik/určujících znaků ošetřovatelské diagnózy Strach 00148 (NANDA-I 2012-4): nesprávné vnímání, nedostatek motivace. Součástí hodnotícího nástroje byly také související faktory v celkovém počtu 8: přirozené (náhlý hluk, výška, bolest, ztráta), vrozené spouštěče (neurotransmitery), jazyková bariéra, naučená reakce (podmínky přijímání vzorů nebo identifikace s jinými), stimuly navozující fobii, zhoršené smyslové vnímání (sluch a zrak), oddělení od podpůrného systému v potenciálně stresující situaci (např. hospitalizace, nemocniční procedury), neobeznámenost s prostředím. Definující charakteristiky/určující znaky a související faktory byly expertkami/sestrami hodnoceny na Likertově škále 1 do 5 (5 nejvyšší významnost, 4 velká významnost, 3 střední významnost, 2 malá významnost, 1 žádná významnost). Každé definující charakteristice/určujícímu znaku a souvisejícímu faktoru ohodnotili experti určitou významnost. Číslu Likertovy škály byla přiřazena následující hodnota VS: 5=1; 4=0,75; 3=0,5; 2=0,25; 1=0. Za hlavní definující charakteristiky/určující znaky byly považovány ty, které dosáhly hodnoty více jak 0,75; za vedlejší ty, které byly v rozmezí hodnot 0,50-0,70 podle Žiakové, Holmanové, Čápa (Žiaková a kol., 2006, s. 249-53). *Základní charakteristika výzkumného souboru.* Z 200 oslovených sester z klinické a komunitní ošetřovatelské péče, z toho 155 z klinické péče, 45 z komunitní péče, vyplnilo dotazník 124 sester/expertek, návratnost byla 62%. Ze 155 sester z klinické péče vyplnilo dotazník 102 sester, 2 byly vyřazeny, to je 65,80% návratnost. Z počtu 45 sester z komunitní péče vyplnilo 26 sester, 2 dotazníky byly vyřazeny, tedy 57,77% návratnost. Výzkumný soubor tvořilo celkem 124 sester (n=124), z toho 100 sester z klinické ošetřovatelské péče (n=100) a 24 sester z komunitní ošetřovatelské péče (n=24). Výběrový soubor tvořilo 124 sester, které splňovaly kritéria pro zařazení mezi experty. Byla použita modifikace Fehringových kritérií na podmínky pro ČR a SR (Zeleníková et al., 2010, s. 407-13). Do základních kritérií bylo zahrnuto: magisterské vzdělání - 3 body, klinická praxe minimálně 1 rok (1-5) – 1 bod, nad 5 let (5-10) – 2 body, nad 10 let (10 a více) – 3 body; certifikace/mentorský kurz v oblasti klinické praxe k oblasti diagnózy – 2 body, magisterská práce z ošetřovatelské diagnostiky – 1 bod, publikovaný článek z ošetřovatelské diagnostiky – 2 body. Dalším kritériem pro zařazení do souboru expertů bylo hodnocení „falešných položek“ experty. Ti, kteří hodnotili tyto položky od 0,5 a více, byli považováni za nespolehlivé a následně vyloučeni z výběrového souboru.

Charakteristika po statistickém zpracování dat: *délka ošetřovatelské praxe* v letech je minimálně 2 roky, maximálně je 35 let, průměrná délka ošetřovatelské praxe byla 14, 75. *Věk* (n=124) minimální 21 let, maximální 60 let, průměrný věk 40,85 let (směrodatná odchylka 9,40); z toho u expertek/sester z klinické péče (n=100) minimální věk 21 let, maximální věk 60 let, průměrný věk 41,68 let (směrodatná odchylka 9,46), u expertek/sester z komunitní péče (n=24) minimální věk 25 let, maximální věk 60 let, průměrný věk 37,38 let (směrodatná odchylka 8,29). *Současná odborná praxe v oblasti dané diagnostiky* u souboru expertek/sester klinické péče (n=100) v podsouboru 1-5 let 9 (9%), v podsouboru 5-10 let 6 (6%), v podsouboru nad 10 let 85 (85%); u souboru expertek/sester komunitní péče (n=24) v podsouboru 1-5 let 6 (25%), v podsouboru 5-10 let 2 (8,3%), v podsouboru nad 10 let 16 (66,7%); v celkovém souboru expertek/sester (n=124) v podsouboru 1-5 let 15 (12,09%), v podsouboru 5-10 let 8 (6,45%), v podsouboru nad 10 let 101 (81,9%). *Pohlaví* (n=124) 122 žen, 2 muži. *Bodové ohodnocení pro experta* (n=124) v průměru 5,38, z toho z klinické péče (n=100) 5, 65 a z komunitní péče (n=24) 4, 25.

Po analýze a zpracování dat z odpovědí expertů/sester byly sestaveny hlavní, vedlejší, nevýznamné definující charakteristiky/určující znaky pro ošetřovatelskou diagnózu Strach, kterou uvádí NANDA-I. Z celkového počtu 34 definujících charakteristik, lze za hlavní považovat: uvádí strach (0,76) sestry z klinické ošetřovatelské péče (dále jen Kl), shodně (0,75) uvádí i sestry z komunitní domácí ošetřovatelské péče (dále jen Kd); dalších 16 definujících charakteristik hlavních: průjem (0,84), zrychlený pulz (0,83), zrychlené dýchání (0,82), napětí svalů (0,81), zvýšený krevní tlak (0,81), nechutenství (0,81), nauzea (0,80), únava (0,80), rozšíření zornic (0,80), zvýšené pocení (0,80), sucho v ústech (0,79), zvýšená ostražitost (0,79), dyspnoe (0,76), zúžené zaměření na zdroj strachu (0,76), uvádí obavy (0,76), impulzivnost (0,75) uvádí sestry Kd (n=24). Jednotlivé definující charakteristiky/určující znaky byly seřazeny podle významnosti a porovnány (Tab. 2). Experti /sestry Kl a Kd (n=124) uvedli/y definující charakteristiky: 1 hlavní při

skóre (0,76) 30 vedlejších při skóre (0,51 - 0,71), 5 nevýznamných při skóre (0,50 a méně).

Tab. 2 Definující charakteristiky strachu – porovnání Kl (n=100) a Kd (n=24)

Definující charakteristiky	Skupiny							
	Experti Kl (n=100)		Experti Kd (n=24)		Spolu (n=124)			
	VS	SD	VS	SD	VS	SD	t	p
Uvádí nebezpečí	0,52	0,33	0,70	0,27	0,55	0,33	-2,48	0,015
Uvádí obavy	0,64	0,27	0,76	0,24	0,67	0,27	-1,94	0,055
Uvádí strach	0,76	0,28	0,75	0,28	0,76	0,28	0,16	0,876
Uvádí sníženou sebejistotu	0,50	0,26	0,66	0,21	0,53	0,26	-2,75	0,007
Uvádí děs	0,47	0,36	0,58	0,29	0,49	0,35	-1,51	0,133
Uvádí vzrušení	0,43	0,30	0,53	0,31	0,45	0,31	-1,46	0,146
Uvádí zvýšené napětí	0,58	0,27	0,73	0,21	0,60	0,27	-2,60	0,010
Uvádí trému	0,45	0,26	0,61	0,29	0,48	0,28	-2,76	0,007
Uvádí paniku	0,50	0,34	0,68	0,27	0,54	0,33	-2,35	0,020
Uvádí hrůzu	0,49	0,33	0,67	0,27	0,53	0,32	-2,40	0,018
Snížená schopnost učit se	0,45	0,29	0,59	0,23	0,48	0,29	-2,21	0,029
Snížená schopnost řešit problémy	0,52	0,28	0,66	0,23	0,54	0,27	-2,26	0,025
Snížená produktivita	0,48	0,29	0,61	0,22	0,51	0,29	-2,07	0,041
Identifikuje předmět strachu	0,63	0,31	0,63	0,29	0,63	0,31	0,04	0,972
Podnět je vnímán jako ohrožení	0,61	0,31	0,73	0,24	0,63	0,30	-1,83	0,070
Útočné chování	0,62	0,30	0,65	0,25	0,62	0,29	-0,46	0,647
Vyhýbavé chování	0,50	0,28	0,64	0,22	0,53	0,28	-2,19	0,030
Nesprávné vnímání	0,52	0,28	0,64	0,26	0,54	0,28	-1,87	0,064
Impulzivnost	0,52	0,25	0,75	0,27	0,57	0,27	-3,94	<0,001
Zvýšená ostražitost	0,54	0,25	0,79	0,27	0,59	0,27	-4,36	<0,001
Zúžené zaměření na zdroj strachu	0,56	0,27	0,76	0,24	0,59	0,28	-3,37	0,001
Nechutenství	0,54	0,28	0,81	0,18	0,59	0,29	-4,58	<0,001
Průjem	0,54	0,30	0,84	0,21	0,60	0,31	-4,63	<0,001
Sucho v ústech	0,51	0,30	0,79	0,24	0,56	0,31	-4,23	<0,001
Dyspnoe	0,58	0,31	0,76	0,25	0,61	0,30	-2,71	0,008
Únava	0,48	0,29	0,80	0,29	0,54	0,32	-4,84	<0,001
Zvýšené pocení	0,60	0,30	0,80	0,23	0,64	0,29	-3,08	0,003
Zrychlený pulz	0,68	0,28	0,83	0,22	0,71	0,27	-2,51	0,014
Zrychlené dýchání	0,67	0,29	0,82	0,25	0,70	0,29	-2,31	0,023
Zvýšený krevní tlak	0,68	0,26	0,81	0,25	0,71	0,26	-2,24	0,027
Napětí svalů	0,58	0,26	0,81	0,22	0,63	0,27	-3,99	<0,001
Nauzea	0,55	0,29	0,80	0,24	0,59	0,30	-3,99	<0,001
Bledost	0,56	0,29	0,74	0,21	0,59	0,28	-2,88	0,005
Rozšíření zornic	0,51	0,31	0,80	0,24	0,56	0,32	-4,35	<0,001
Zvracení	0,52	0,31	0,73	0,33	0,56	0,32	-2,99	0,003
Nedostatek motivace	0,46	0,30	0,64	0,31	0,50	0,31	-2,53	0,013
Spolu	0,55	0,19	0,72	0,15	0,58	0,20	-4,08	<0,001

VS= vážené skóre, SD = směrodatná odchylka

Před českými a slovenskými validizačními studiemi ošetřovatelské diagnózy Strach byly analyzovány studie zahraniční. Model validizace sestrami podle Gordon, Sweeney (Gordon, Sweeney, 1979, s. 53) a Fehrinfův (Fehring, 1986, s. 180-191) DDV model (Differential Diagnostic Valization) tvořili základ studie validizace a diferenciální diagnostiky ošetřovatelské diagnózy Strach (Whitley, 1994, s. 143-50). Používají se při hodnocení podobných diagnóz například Strach a Úzkost (Suriano et al., 2011, s. 133-41). Whitley prezentovala studii analýzy základního pojmu strachu. Kde dokladovala význam stanovení a formulace základních pojmů s využitím systematických postupů a validizačních procesů (trojfázových, čtyřfázových). Výsledkem jedné ze studií (Whitley, 1994, s. 143-50) bylo prezentování hlavních definujících charakteristik: uvádí obavy, uvádí strach, uvádí vzrušení, uvádí sníženou sebejistotu, uvádí děs, kardiovaskulární excitaci (Whitley, 1994, s. 143-50). Zeleníková a kol. prezentovala analýzu validizační studie autorů Taylor-Loughran et al. z roku 1989, jejíž výsledkem jsou nejčastější subjektivní definující charakteristiky/určující znaky (obavy, strach, pocit emocionálního narušení související s identifikovaným zdrojem) a objektivní definující charakteristiky/určující znaky (schopnost identifikovat předmět strachu) ošetřovatelské diagnózy Strach (Zeleníková a kol., 2012, s. 36-7).

4. ZÁVĚR

Validace diagnózy Strach, jedné z vybraných validizačních studii projektu, prováděné experty/sestrami v ČR z klinické a komunitní ošetřovatelské péče (n=124, Kl n=100, Kd n=24)) v roce 2014, ukázala řešitelskému týmu, že je třeba otevřít další odbornou diskuzi k problematice výběru kritérií pro experty v ČR i SR. Především v kritériích klinické zkušenosti experta a jeho připravenosti na diagnostický proces. Pojmová analýza odhalila terminologickou nejednotnost v české i slovenské ošetřovatelské praxi. Ukázala, že je třeba klást důraz na dovednosti v oblasti ošetřovatelské diagnostiky a to v souladu s klinickými zkušenostmi v osobním kontaktu s klientem/pacientem. Důsledně integrovat poznatky validace ošetřovatelských diagnóz do obsahu profesně orientovaných studijních programů. Složitost lidských reakcí vyžaduje profesionální chování sestry s vynikajícími dovednostmi hodnocení klinického posouzení a diagnostického uvažování. Praxe založená na důkazech je tématem pro odbornou diskuzi a podle expertů v oboru (Miller, Jakobs, Haber, Neville, Scott et al.), je o ní diskutováno jako o jednom z nejkritičtějších problémů ošetřovatelství v tomto desetiletí (Herdman, 2012, s. 128). Využívání a integrace výsledků výzkumu validace standardizované terminologie, která je jasně definována, umožní efektivní a účinnou komunikaci v péči o klienty/pacienty v podpoře zdraví.

Zdroje

1. ALLIGOOD, M. R., TOMEY, A. M. (2006) *Nursing Theory, Utilization and Application*. St. Louis: Mosby, 2006, p. 313. ISBN 0-323-03133-1.
2. ARCHALOUSOVÁ, A. (2014) Integrace simulačních technologií do výuky výstupních kompetencí z profesních studijních programů. In *GRANT journal*. 2014, Vol 3, No 1, 2014, s. 6-9. ISSN 1805-062X.
3. ARCHALOUSOVÁ, A. (2013) *Metodologie ošetřovatelské praxe s využitím ošetřovatelských teorií a modelů*. Praha: IPVZ, 2013, 74 s. ISBN 978-80-87023-28-0.
4. ARCHALOUSOVÁ, A. (2006) ACENDIO – evropská organizace zabývající se problematikou standardizace ošetřovatelské terminologie. In *Ošetřovatelství v pohybu.* Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí, l. Příbramské ošetřovatelské dny 30. - 31. 3. 2006, Příbram, s. 9-11. ISBN 80- 239- 6690- 9.
5. ARCHALOUSOVÁ, A. (2004) Praxe založená na výsledcích výzkumu (evidence based - význam výzkumu v porodní asistenci). In *Nové trendy v ošetřovatelství III.* České Budějovice, 2004, s. 5-11. ISBN 80-7040-705-0.

6. ARCHALOUSOVÁ, A. (2004) Strukturální standardy profese jako ochrana veřejnosti. In *Nové trendy v ošetřovatelství III.* České Budějovice, 2004, s. 12-14. ISBN 80-7040-705-0.
7. CARPENITO-MOYET, L. J. (2004) *Nursing Diagnosis Application to Clinical Practice.* Philadelphia: Lippincott, 2004, 1019 p. ISBN 0-7817-4354-0.
8. CREASON, S. N. (2004) Clinical Validation of Nursing Diagnoses. In *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 2004, Vol 15, No 4, p. 123. ISSN1541-5147.
9. EDWARDS, M. (2008) Evidence based pratice. In *Key Concepts in Nursing.* Sage Publications Ltd., 2008, p. 151-7. ISBN 978-1-4129-4614-8.
10. FEHRING, R. J. (1986) Validation diagnostic labels: standardized metodology. In *Classification of Nursing Diagnoses: Proceedings of the Sixth Conference*. St. Louis: Mosby, 1986. p. 186-91. ISBN 0-801637-66-X.
11. GAVORA, P. (1999) *Úvod do pedagogického výzkumu*. Bratislava: Univerzita Komenského, 1999, 236 s. ISBN 80-223-1342-4.
12. GIBBS, A., KENEDY, D., VICKERS, A. (2012) *Learning Outcomes, Degree Profiles, Tuning Project and Competences* .Journal of the European Higher Education Area, 2012, No.1. Dostupné na: www.ehea-journal.eu
13. GIBBS, A. (2012) *Higher Education Reforms Key Features and Metodology 2012* [on–line] http://www.slu.cz/fvp/cz/uo/ projekty/ inovace/materiály
14. GORDON, M. SWEENEY, M. A. (1979) Metodologic problems and issues in identifying and standardizing nursing diagnosis. In *Advances in Nursing Science.* 1979, vol. 14, no. 2, p. 53-64.
15. HERDMAN, H. T. et al. (eds.) (2009) *NANDA International Nursing Diagnoses, Definitions and Classification* 2009-2011. USA: Sheridan Books, 2009, 435 p. ISBN 978-1-4051-8718-3.
16. HERDMAN, T. H. et al. (eds.) (2012) NANDA *International Nursing Diagnoses, Definitions and Classification 2012 – 2014.* Oxford: Wiley-Blackwell, 2012, 534 p. ISBN 978-0-470-65482-8.
17. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. (1995) *Ošetrovateľstvo I. a II.* Martin: Osveta, 1995, 836-1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
18. KUDLIČKA, J. (2003) Reliabilita a validita kvantitativního výzkumného nástroje měření. In Žiaková, K. et al. *Ošetrovatelstvo a vedecký výskum*. Martin: Osveta, 2003, s. 239. ISBN 80-8063-131-X.
19. MASTILIAKOVÁ, D. (2003) *Úvod do ošetřovatelství I.* Praha: Karolinum. 2003, s. 46. ISBN 80-246-0429-9.
20. MESÁROŠOVÁ, J., VÖRÖSOVÁ, G. (2004) Kritické myšlení sestry a volba rozhodnutí při ošetřování metodou ošetřovatelského procesu. In *Ošetřovatelský obzor*. 2004, roč.1, č. 3/4, s. 82-3. ISSN 1336-5606.
21. SCHEFER, B. K., RUBENFELD, G. M. (2000) A consensus statement on critical thinking in nursing. In *J Nurs Educ*. 2000, Vol. 38, No. 8, p. 352-359.
22. SOLLÁR, T. (2004) Sémantický diferenciál In *Metody sociálnopsychologickej praxe.* Bratislava: Ikar, 2004, s. 52-67. ISBN 80-551-0765-3.
23. SOLGAJOVÁ, A., SEMANIŠINOVÁ, M. (2010) EBP v kontextu vzdělávání a výzkumu v ošetřovatelství. In *Cesta k profesionálnímu ošetřovatelství V.* Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2010, s. 248-50. ISBN 978-80-7248-607-6.
24. VÖRÖSOVÁ, G. (2013) *Diagnóza v ošetrovatelstve.* Nitra: Univerzita Konstantina Filozofa v Nitre, 2013, 269 s. ISBN 978-80-558-0233-6.
25. SURIANO, M. L. F., MICHEL, J. M., ZEITOUN, S. S. et al. (2011) Consensual validation of the nursing diagnoses fear and anxiety identified at the immediate preoperative period in patients undergoing elective surgery. In *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 2011, 22(3): p.133-41.
26. WILKINSON, J., TREAS, L. (2011) *Fundamentals of Nursing.* Phiadelphia: F. A. Davis Company. 2011, s. 155. ISBN 978-0-8036-2264-7.
27. WITLEY, G. G. (1994) Expert Validation and Differentiation of the Nursing Diagnoses Anxiety and Fear. In *Nursing Diagnosis.*1994, vol. 5, no. 4, p. 143-150.
28. ZELENÍKOVÁ, R. a kol. (2010) Návrh kritérií výběru expertů pro validizaci ošetřovatelských diagnóz v ČR a SR. In *Kontakt*. 2010, roč. 12, č. 4, s. 407-13. ISSN 1212-4117.
29. ZELENÍKOVÁ, R. a kol. (2012) Obsahová validizácia ošetrovateľskej diagnózy strach. In *Kontakt.* 2012, roč. 14, č. 1, s. 30-38.
30. ŽIAKOVÁ, K., ČÁP, J., HOLMANOVÁ, E. (2006) Metodologické poznámky k problematike validizácie ošetrovateľských diagnóz. In *Kontakt*. 2006, roč. 8, č. 1, s. 249-53. ISSN 1212-4117.