

Miera nádeje u seniorov s onkologickým ochorením

Mgr. Dana Dolanová¹, Mgr. Petra Mitrovská²

¹Katedra ošetrovatelstvá, LF MU Brno, Česká republika

²Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Fakultní nemocnice Brno, Česká republika

Predkladaná štúdia ponúka náhľad na možnosť využitia Nowotnej škály nádeje (Nowotny Hope Scale – NHS) v ošetrovatelstve k diagnostickému určeniu miery nádeje u pacientov v seniorskej populácii s diagnostikovaným onkologickým ochorením. Hlavným cieľom práce bolo zistiť celkovú mieru nádeje respondentov v závislosti od pohlavia, rodinného stavu a viery a takisto zistiť mieru nádeje respondentov v jednotlivých subškálach. Pomocou induktívnej štatistiky (Pearsonov chí-kvadrát – χ^2 test, hladina štatistickej významnosti – $p \leq 0,05$) bolo potvrdené, že miera nádeje u seniorov s onkologickým ochorením je závislá od viery ($p = 0,000$), pohlavia ($p = 0,003$) aj rodinného stavu ($p = 0,002$).

Kľúčové slová: nádej, diagnostika nádeje, Nowotnej škála nádeje, ošetrovateľská diagnostika, onkologické ochorenie.

A level of hope for frail elders with oncological diagnosis

The study presents a view on the possibility of using Nowotny Hope Scale – NHS in nursing for diagnostic definition of the rate of hope among senior patients with oncologic diseases. The main aim of the thesis was to find out the total rate of hope of respondents according to sex, family status and religion and also to find out the rate of hope of respondents in particular sub-structures. Using inductive statistics (Pearson's chi-squared test – χ^2) it was confirmed that the rate of hope of seniors with oncological disease depends on religion ($p = 0,000$), sex ($p = 0,003$) and family status ($p = 0,002$).

Key words: hope, hope diagnostics, Nowotny Hope Scale, diagnostics in nursing, oncological disease.

Paliat. med. liec. boles., 2012, 5(1): 24–26

Úvod

Z pohľadu definícií je možné na nádej nazerať z niekoľkých rôznych odborov, pričom ako najzainteresovanejšie sa javia filozofia, psychológia, ošetrovatelstvo a spiritualita. Predmetom skúmania predkladaného výskumu bolo meranie miery nádeje práve v ošetrovatelstve. Problematika nádeje je v rámci ošetrovateľskej diagnostiky zakomponovaná v šiestej doméne – Vnímanie seba samého, klasifikačného systému NANDA – International, v ktorom viacerí autori (3, 7) uvádzajú jednu alebo dve diagnózy priamo súvisiace s nádejou: *Beznádej* a *Ochota posilniť nádej*.

Beznádej je v ošetrovatelstve definovaná ako subjektívny stav, v ktorom jednotlivec chápe svoju situáciu ako bezvýhodiskovú (nevidí žiadne možnosti riešenia svojich problémov alebo žiadnu možnosť dosiahnuť to, po čom túži, čo očakáva) a je neschopný mobilizovať svoje sily. (8) Definujúce charakteristiky (určujúce znaky), súvisiace faktory a ostatné kroky na spoľahlivé stanovenie diagnózy beznádeje je možné nájsť vo viacerých literárnych zdrojoch (2, 3, 8).

Cieľ práce

Cieľom predkladaného výskumu bolo na základe dotazníkového šetrenia zmapovať celkovú mieru nádeje u pacientov v seniorskej populácii s diagnostikovaným onkologickým ochorením v závislosti od stanovených determinánt (pohlavie, rodinný stav a viera) a zmapovať ich mieru nádeje v jednotlivých subškálach.

Súbor a metodika

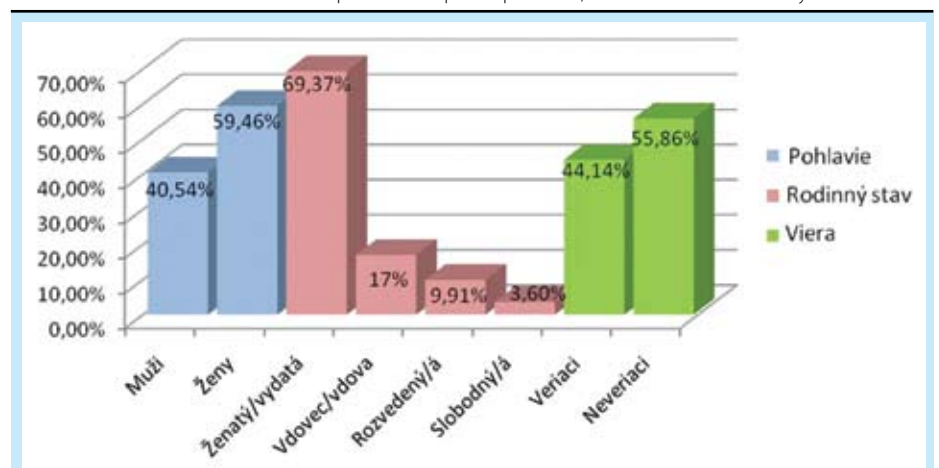
Základnými kritériami na výber respondentov boli vek nad 60 rokov a potvrdená onkologická diagnóza u každého respondenta. Veková hranica bola určená na základe vekovej kategorizácie WHO (6) na určenie seniorského veku. Ďalšou nezanedbateľnou podmienkou bola ochota respondenta na spoluprácu. Na zaradenie pacienta do výskumu nebol podstatný druh onkologického ochorenia ani štádium, v ktorom sa pacient v rámci liečby práve nachádzal.

Výskumnú vzorku tvorilo 111 pacientov vo veku od 60 do 84 rokov s priemerným vekom 66 rokov hospitalizovaných na vybraných oddeleniach vo Fakultnej nemocnici Brno (Interná hematoonkologická klinika, Klinika chorôb pľúcnych a TBC, Neurologická klinika) a vo Fakultnej nemocnici u svätej Anny v Brne (Klinika otorinolaryngológie a chirurgie hlavy a krku,

Onkologicko-chirurgické oddelenie), Česká Republika. Z celkového počtu zúčastnených bolo 40,54 % mužov s priemerným vekom 65,5 roka a 59,46 % žien s priemerným vekom 66,4 roka. Najväčší počet respondentov – 69,37 % uviedol svoj rodinný stav *ženatý/vydatá*, 17 % účastníkov uviedlo rodinný stav *vdovec/vdova*, 9,91 % bolo *rozvedených* a 3,60 % *slobodných*. Za *veriacich* sa označilo 44,14 % pacientov a 55,86 % zúčastnených sa považuje za *neveriacich*. Percentuálne rozloženie respondentov podľa pohlavia, rodinného stavu a viery vid' graf č. 1.

Metodikou výskumného šetrenia bol zvolený anonymný pološtandardizovaný dotazník obsahujúci 33 položiek rozdelených do dvoch častí. Prvá časť tvorili položky kontaktné, zisťujúce vek, pohlavie, rodinný stav a príslušnosť k viere. Druhá časť dotazníka tvorila štandardizovaná Nowotnej

Graf 1. Percentuálne rozloženie respondentov podľa pohlavia, rodinného stavu a viery



škála nádeje (Nowotny Hope Scale – NHS), ktorá bola v roku 1989 validizovaná ako objektívny zdroj na meranie nádeje (5). Ide o škálu vytvorenú pre dospelú populáciu na zisťovanie vlastnej miery nádeje. Obsahuje 29 dostatočne výpovedných položiek, ktoré sú rozdelené do 6 subškál: D – dôvera vo výsledok, I – vzťahy s inými osobami, M – v čo dúfam, je možné, V – viera, Z – zaangažovanosť, A – vnútorná aktivita. Celkové skóre nádeje môže respondent dosiahnuť v rozmedzí 29 – 116 bodov, kde nižšie skóre znamená nižšiu mieru nádeje. Na stanovenie beznádeje je možné vychádzať jednak z celkového skóre (≤ 50) alebo z priemerného skóre jednotlivých subškál. Priemerné skóre subškál môže byť 1 – 4, pričom hodnota $\leq 1,75$ vyjadruje beznádej pacienta v danej subškále. (1)

Výsledky

Po vyhodnotení jednotlivých položiek dotazníka môžeme celkovú mieru nádeje (viď graf č. 2) respondentov interpretovať takto:

Vysokou mierou nádeje, ktorej bodové skóre sa pohybuje v rozmedzí 95 – 116 bodov, disponuje 22,52 % respondentov. Z toho bolo 17 žien a 8 mužov.

V kategórii strednej miery nádeje, ktorej bodové skóre sa pohybuje v rozmedzí 73 – 94 bodov, sa v čase realizácie výskumu nachádzalo celkom 66,67 % opýtaných (26 žien, 48 mužov).

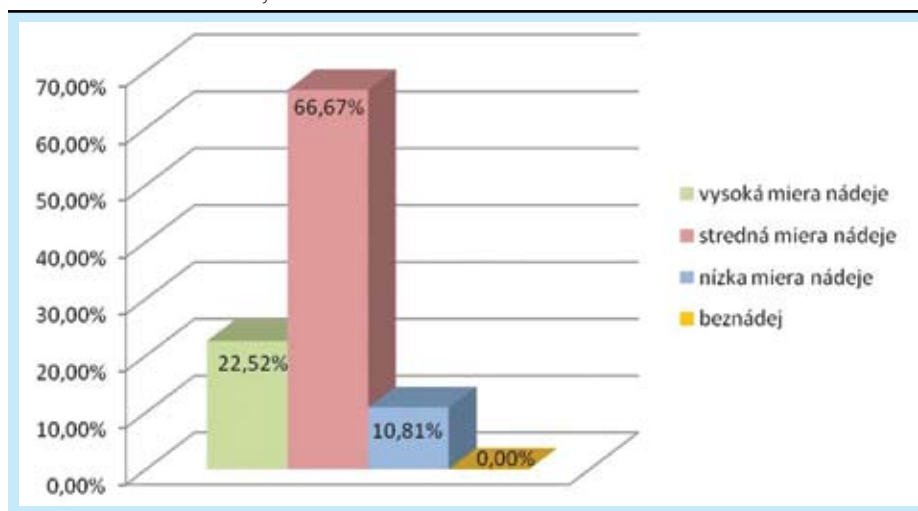
Tretiu kategóriu – nízku mieru nádeje, ktorá signalizuje vysoké riziko vzniku beznádeje, ohraničuje bodové skóre 51 – 72 bodov. V predkladanom výskume to bolo 10,81 % pacientov (2 ženy a 10 mužov).

Poslednú kategóriu, do ktorej by spadali respondenti dosahujúci 29 – 50 bodov, tvorí beznádej. V predkladanom výskume toto skóre nedosiahol žiadny účastník.

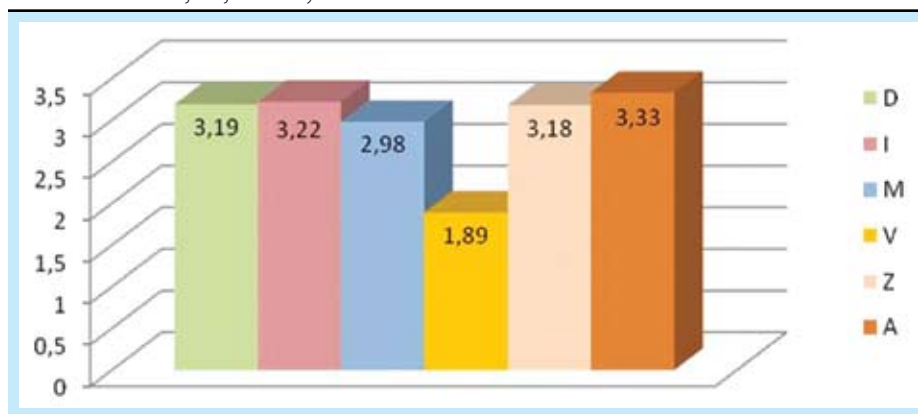
Interpretácia miery nádeje respondentov v jednotlivých subškálach (viď graf č. 3):

Na komplexné posúdenie miery nádeje je dôležité nielen posudzovanie celkového dosiahnutého skóre, ale aj každej subškály zvlášť. Je totiž možné, že jediniec dosahujúci uspokojivé výsledky v celkovom hodnotení, môže v niektorých subškálach dosahovať kritické hodnoty upozorňujúce na možný vznik beznádeje. Tento fakt treba brať do úvahy najmä pri stanovovaní ošetrovateľských diagnóz. Na dosiahnutie hodnoty priemeru v danej subškále je potrebné vydeliť dosiahnutý počet bodov počtom otázok spadajúcich do danej subškály. Na vyhodnotenie priemeru priemerného skóre respondentov autorky počítali priemerné skóre všetkých respondentov a následne priemer priemerného skóre, ktorý určoval hodnotu potrebnú na hodnotenie miery nádeje v príslušnej subškále. Výška priemerného

Graf 2. Celková miera nádeje



Graf 3. Miera nádeje v jednotlivých subškálach



skóre v každej subškále môže dosahovať hodnoty 1 – 4, pričom za hraničnú, a teda rizikovou hodnotu na vznik beznádeje je považovaná hodnota 2.

V subškále D – dôvera vo výsledok dosiahli respondenti priemeru 3,19. Najnižšiu zaznamenanú hodnotu v tejto subškále – 2,25, ktorá je ešte nad hranicou určujúcou vznik beznádeje, dosiahli 3 respondenti.

V druhej subškále I – vzťahy s inými osobami priemerne dosahovali respondenti priemeru 3,22, ktorý takisto nie je signál na vznik beznádeje. Najnižšia zaznamenaná hodnota bola hodnota 2,20. Je to hodnota tesne nad rizikovou hranicou a dosiahli ju 2 respondenti.

V subškále M – v čo dúfam, je možné bol zistený priemer priemerného skóre 2,98, ktorý neurčuje žiadne riziko. Najnižším zaznamenaným priemerom bol u 4 jednotlivcov práve priemer zodpovedajúci rizikovej hodnote 2.

Štvrtá subškála V – viera obsahuje otázky priamo súvisiace s praktizovaním viery, čo mohlo jej výsledky výrazne ovplyvniť. V tejto subškále bola nameraná najnižšia priemerná hodnota – 1,89, ktorá určuje priemer priemerného skóre všetkých opýtaných a nachádza sa pod hranicou určujúcou riziko vzniku beznádeje. Najnižšou na-

meranou hodnotou bola až u 27 respondentov najnižšia možná, a to 1.

Predposlednou subškálou je Z – zaangažovanosť. Priemer priemerného skóre respondentov dosiahol hodnotu 3,18, čo je vysoko nad rizikovou hranicou vzniku beznádeje. Najnižšou nameranou hodnotou bola hodnota 1,6, ktorá pre 5 respondentov znamená neprítomnosť nádeje – beznádej.

V poslednej subškále A – vnútorná aktivita bol zaznamenaný priemer priemerného skóre 3,33, čo je najvyšší priemer zo všetkých subškál a je vysoko nad hranicou rizika vzniku beznádeje. Najnižšou nameranou hodnotou bola hodnota 1,6, ktorá u konkrétnych 2 jedincov určuje beznádej.

Diskusia

Najviac respondentov sa počas realizácie výskumu nachádzalo v kategórii strednej miery nádeje, a to 66,67 % (74 osôb). Vysokou mierou nádeje disponovalo 22,52 % respondentov (25 osôb). Nízka miera nádeje bola vyhodnotená u 10,81 % respondentov (12 osôb) a do štvrtej kategórie beznádeje nebol zaradený žiadny účastník šetrenia. Dosiahnuté výsledky sú v zhode s výskumom Nowotny (5), pri ktorom bola použitá škála – NHS validizovaná. Do tohto výskumu bolo

Tabuľka 1. Miera nádeje verus pohlavie

Miera nádeje/pohlavie	Ženy (n)	Muži (n)	Spoľu (n)
Vysoká	17	8	25
Stredná	26	48	74
Nízka	2	10	12
Spoľu	45	66	111
$\chi^2 = 11,6$	$k^* = 2$	$p = 0,003$	
<i>*k = stupne voľnosti</i>			

Tabuľka 2. Miera nádeje verus rodinný stav

Miera nádeje/rodinný stav	Slobodný/á (n)	Ženatý/vydatá (n)	Rozvedený/á (n)	Vdovec/vdova (n)	Spoľu (n)
Vysoká	0	25	0	0	25
Stredná	4	45	11	14	74
Nízka	0	7	0	5	12
Spoľu	4	77	11	19	111
$\chi^2 = 20,5$	$k^* = 6$	$p = 0,002$			
<i>*k = stupne voľnosti</i>					

Tabuľka 3. Miera nádeje verus viera

Miera nádeje/Viera	Veriaci (n)	Neveriaci (n)	Spoľu (n)
Vysoká	15	4	19
Stredná	34	46	80
Nízka	0	12	12
Spoľu	49	62	111
$\chi^2 = 18,9$	$k^* = 2$	$p = 0,000$	
<i>*k = stupne voľnosti</i>			

zaradených 306 respondentov vo veku 20 – 85 rokov, rozdelených do dvoch kategórií. Prvú kategóriu tvorili zdravé osoby – 156 respondentov (50,98 %) a druhú kategóriu pacienti s onkologickým ochorením – 150 respondentov (49,01 %). Na porovnanie s predkladaným výskumom uvádzame len výsledky dosiahnuté v kategórii pacientov s onkologickým ochorením. Vysokú mieru nádeje dosahovalo 19 respondentov (13 %), strednú mieru nádeje 112 respondentov (75 %), nízku mieru nádeje 18 respondentov (12 %) a beznádej vykazoval jeden respondent (0,66 %).

Pri vyhodnocovaní jednotlivých subškál neboli u respondentov v piatich kategóriách (D, I, M, Z a A) zistené patologické hodnoty svedčiace o riziku vzniku beznádeje alebo o už existujúcej beznádeji v danej oblasti. Vysoké riziko vzniku beznádeje bolo zistené v subškále V – viera, čo môže byť veľmi ovplyvnené tým, že viac ako polovica respondentov sa označila za neveriacich, a teda otázky zaoberajúce sa modlitbami, čítaním Biblie a vierou ako zdrojom sily boli zodpovedané negatívne. Je aj možné, že i osoby označujúce sa za veriacich, veria v niečo iné, ako je Boh, a teda otázky charakteristické pre náboženské vyjadrenie viery boli takisto zodpovedané negatívne. Tento fakt možno považovať za akési negatívum škály, pretože v podstate spoľahlivo určuje mieru nádeje v danej subškále len u nábožensky zalo-

žených a vieru praktizujúcich ľudí. Pri aplikácii na ateistickú spoločnosť absentujú v škále NHS iné možnosti dodávania nádeje. Vo všeobecnosti boli v ostatných subškálach dosiahnuté uspokojivé výsledky, ktoré nenaznačujú riziko vzniku beznádeje a beznádej. Je však žiaduce zamerať sa aj na výsledky jednotlivcov, pretože v každej z týchto subškál sa objavujú také, ktorí dosiahli hraničné hodnoty signalizujúce riziko vzniku beznádeje alebo dokonca kritické hodnoty určujúce beznádeje. V tomto prípade je potrebné dôkladné posúdenie konkrétneho pacienta zvlášť, stanovenie ošetrovateľských diagnóz, následné plánovanie a realizácia ošetrovateľských intervencií, ktoré beznádej minimalizujú alebo eliminujú.

Pri testovaní stanovených determinant bolo v prípade pohlavia zistené, že pohlavie významne ovplyvňuje mieru nádeje ($p = 0,003$, tabuľka č. 1), a to tak, že ženy udávali vyššiu mieru nádeje oproti mužom. Naopak Farský et al. vo svojom výskume pri porovnaní žien a mužov významné rozdiely v celkovej miere nádeje nezistil. Pri hodnotení vzťahu rodinného stavu a celkovej miery nádeje bolo zistené, že respondenti udávajúci funkčný rodinný stav vykazujú vyššiu mieru nádeje oproti jedincom rozvedeným, slobodným alebo ovdoveným ($p = 0,002$, tabuľka č. 2). K podobným záverom sa vo svojom výskume dopracoval aj Farský et al., ktorý uvádza, že boli zistené štatisticky významné rozdi-

ely v závislosti od typu rodinného stavu a celkovej miery nádeje. V hodnotení celkovej miery nádeje najvyššie skóre dosahovali slobodní pacienti a najnižšie rozvedení pacienti. Je však potrebné brať do úvahy, že Farský sa zamerával na skupinu pacientov s diagnostikovanou ľahkou a stredne ťažkou depresívnou fázou s priemerným vekom 43,1 ± 11,4 roka. Posledným skúmaným javom bol vzťah medzi celkovou mierou nádeje a vierovyznaním. Na základe štatistických výsledkov predkladaného výskumu možno potvrdiť, že existuje významný rozdiel medzi vierovyznaním a mierou nádeje respondentov v prospech tých, ktorí sa označili za veriacich ($p = 0,000$, tabuľka č. 3). Rovnako Farský et al. uvádza významné rozdiely medzi vierou a celkovou mierou nádeje. Najvyššiu mieru nádeje zaznamenal u pacientov s katolíckym vierovyznaním a najnižšiu u pacientov bez vyznania.

Záver

Výsledky predkladaného výskumu potvrdzujú, že zúčastnení seniori s onkologickým ochorením dosahujú strednú až vysokú mieru nádeje (takmer 90 %). Získané výsledky sú teda vysoko pozitívne a môžu poukazovať na veľmi dobrú starostlivosť o onkologicky chorých v oblasti podpory vnímania seba samého zo strany lekárov, sestier, ale i rodiny a priateľov. V ďalších šetreniach by bolo zaujímavé rozvinúť predmet skúmania o zistenia, ako môže byť miera nádeje ovplyvnená závažnosťou diagnózy, aktuálnou fázou vyrovnávania sa jedinca, inými vekovými kategóriami alebo hlásením sa k príslušnému vierovyznaniu.

Literatúra

1. Farský I, Žiaková K, Ondrejka I. Vzťah depresívnej poruchy, nádeje a beznádeje. Profese [online]. ISSN 1803 – 4330. 2008; 1(1): 33 – 44 [cit. 2011-03-01]. Dostupné na www: <http://profeseonline.upol.cz/vztah-depresivnej-poruchy-nadeje-a-beznadeje/>.
2. Gurková E, Žiaková K, Čáp J. Vybrané ošetrovateľské diagnózy v klinickej praxi. Martin: Osveta 2009: 242. ISBN 978-80-8063-308-0.
3. Marečková J. Ošetrovateľské diagnózy v NANDA doménach. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006; 1: 264. ISBN 80-247-1399-3.
4. Mitrovská P. Fenomén nádeje u pacientů s onkologickým onemocněním, Diplomová práce, Katedra ošetrovateľství LF MU Brno 2010.
5. Nowotny ML. Assessment of hope in patients with cancer: Development of an instrument. In: Oncology nursing forum, 1989; 16(1): 57 – 60.
6. Pacovský V. Geriatrická diagnostika. Praha: Scientia Medica, spol. s r. o., 1994; 1: 152. ISBN 80-85526-32-8.
7. Tomagová M, Bóriková I. Potreby v ošetrovateľstve. Martin: Osveta 2008: 196. ISBN 978-80-8063-270-0.
8. Trachtová E. Potreby nemocného v ošetrovateľskom procese. Brno: IDVPZ 2001; 2: 186. ISBN 8070133244.

Mgr. Dana Dolanová

Katedra ošetrovateľství LF MU Brno
Kamenice 3, 62500 Brno
dolanova@med.muni.cz