

Bachelorarbeit

Die Validierung von Pflegediagnosen

eingereicht von

Thomas Windhaber

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Nursing Science

(BScN)

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von

Gerhilde Schüttengruber, BSc, MSc

Graz, 27.03.2015

Eisesstattliche Erklärung:

„Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.“

Graz am 26.05.2015

Thomas Windhaber, eh.

Inhaltsverzeichnis

1) Einleitung.....	1
1.1) Methoden zur Validierung von Pflegediagnosen.....	4
1.1) Forschungsziel und Forschungsfrage:.....	8
1) Methode:	9
2.1) Beschreibung der Suchstrategie.....	9
2.2) Suchergebnisse.....	9
2.3) Bewertungskriterien nach Davies & Logan 2008.....	10
2.4) Übersicht der inkludierten Artikel	12
2) Ergebnisse.....	14
3.1) Vorstellung der inkludierten Studien:.....	14
4) Schlussfolgerung	32
5) Diskussion & Ausblick.....	33
6) Limitationen	36
7) Literaturverzeichnis	37

Tabellenverzeichnis:

Tabelle 1: Darstellung der inkludierten Studien.....	13
Tabelle 2: Die validierten Merkmale der Pflegediagnose Hoffnungslosigkeit	15
Tabelle 3: Die als bedeutend bewerteten Merkmale der Pflegediagnose Hoffnungslosigkeit	16
Tabelle 4: Die bestimmenden Merkmale der Pflegediagnose akuter Schmerz und die Bewertungen der slowakischen Pflegeexpertinnen.....	19
Tabelle 5: Die bestimmenden Merkmale der Pflegediagnose akuter Schmerz und deren Bewertungen der tschechischen Pflegeexpertinnen	20
Tabelle 6: Die bestimmenden Merkmale der Pflegediagnose beeinträchtigte Gedächtnisleistung	23
Tabelle 7: Die beeinflussenden Faktoren der Pflegediagnose beeinträchtigte Gedächtnisleistung	23
Tabelle 8: Die bestimmenden Merkmale der Pflegediagnose Aktivitätsintoleranz und deren Bewertungen.....	25
Tabelle 9: Die bestimmenden Merkmale der Pflegediagnose verminderte Herzleistung und deren Bewertungen.....	28
Tabelle 10: Die bewerteten Merkmale der Pflegediagnosen Gewebsschädigung und Hautschädigung	29
Tabelle 11: Die Bewertungen der alternativen Merkmale der Pflegediagnosen Gewebsschädigung und Hautschädigung	30
Tabelle 12: Bewertungen der bestimmenden Merkmale der Pflegediagnose Gewebsschädigung.....	31
Tabelle 13: Bewertungen der bestimmenden Merkmale der Pflegediagnose Gewebsschädigung.....	31

Zusammenfassung

In der Pflegepraxis zeigt sich häufig das Problem, dass die Pflegenden unsicher im Umgang mit den offiziellen Pflegediagnosen der NANDA International sind. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Definitionen, bestimmenden Merkmale oder beeinflussenden Faktoren häufig nicht widerspiegeln, was die Pflegenden bei den PatientInnen beobachten. Deshalb wird in der Literatur empfohlen diese Pflegediagnosen zu validieren und somit auf ihren Inhalt und ihre Anwendbarkeit zu überprüfen. Das Ziel dieser Arbeit ist es, aktuelle Studien hinsichtlich der Validierung von Pflegediagnosen aufzeigen. Besonderes Augenmerk wurde dabei auf die Methode und die Ergebnisse gelegt. Die Literaturrecherche zeigte, dass für sämtliche Studien, bei denen eine Pflegediagnose validiert wurde, ein Modell nach Richard Fehring angewandt wurde. Im empirischen Teil dieser Arbeit wurden sechs Studien vorgestellt, die das Ziel hatten, eine der folgenden Pflegediagnosen zu validieren: Hoffnungslosigkeit, akuter Schmerz, beeinträchtigte Gedächtnisleistung, verminderte Herzleistung, Aktivitätsintoleranz, Gewebsschädigung und Hautschädigung. Die Ergebnisse zeigten, dass fünf dieser Pflegediagnosen valide sind. Nur die Diagnose Hoffnungslosigkeit wurde als nicht valide bewertet und sollte überarbeitet werden.

Summary:

One problem found in the practice of nursing is that nurses are not confident in using nursing diagnoses of NANDA International. This is based on several facts: The definitions, defining characteristics or impaired factors often do not mirror what nurses identify in clinical practice. In the literature you can find recommendations to validate and test the practicability of those nursing diagnoses. The aim of this bachelor thesis is to illustrate current studies in view of validation of nursing diagnoses. There was special focus on the methods and the results. A literature review showed that in each of the validation studies a model of Richard Fehring was used. In the empirical Part section of this bachelor thesis shows six studies were examined. These studies aimed to validate one of the following nursing diagnoses: hopelessness, acute pain, impaired memory, decreased cardiac output, activity intolerance, impaired tissue integrity and impaired skin integrity. Only the nursing diagnoses hopelessness was rated non-valid

1) Einleitung

Die Pflegediagnostik stellt einen Teil des Pflegeprozesses dar. Im Rahmen dieses Prozesses werden Probleme, Entwicklungspotentiale und Ressourcen von PatientInnen eingeschätzt und diagnostiziert. Die Pflegediagnosen werden nach einem genauen Assessment erstellt, bei dem die Probleme und Ressourcen der PatientInnen durch die Pflegenden systematisch erhoben werden. Im Rahmen des Assessments wird geklärt, ob ein Bedarf an pflegerischen Interventionen besteht, wenn verschiedene Aktivitäten des Lebens nicht mehr ohne Unterstützung ausgeführt werden können. Die Pflegediagnose bildet den Ausgangspunkt, mit den Patienten und Patientinnen abzuklären, ob und welche Unterstützung oder Beratung sie benötigen und um gemeinsame Pflegeziele festzulegen. (Georg & Abderhalden 2014, S. 77)

Bereits in den 1960er Jahren wurde erkannt, dass die Assessmentdaten in der Pflege strukturiert und interpretiert werden müssen, bevor eine Pflegehandlung geplant werden kann. Diese Daten geben das momentane gesundheitliche Zustandsbild der Patienten und Patientinnen wieder. Pflegediagnosen sind daher nichts anderes als Assessmentdaten, die angewandt werden, um Pflegende durch Planung, Durchführung von Maßnahmen und Evaluation leiten. 1973 wurde die erste Konferenz über Pflegediagnosen gehalten, bei der 80 Pflegediagnosen identifiziert wurden. Seit dem wuchs die Anzahl an Pflegediagnosen stetig an und 1982 entwickelte sich die North American Nursing Diagnoses Association, welche 2002 in NANDA international umbenannt wurde. (Lunney 2009, S. 25-25, NANDA 2015)

Durch die Einführung des Begriffs der Pflegediagnose wurde erkennbar, dass Pflegende Diagnostiker und Diagnostikerinnen sind. Davor war das pflegerische Handeln, beziehungsweise das klinische Urteil von Pflegenden unsichtbar. Dies könnte auch heute noch der Fall sein, wenn Pflegediagnosen gar nicht, oder ohne Interesse an Genauigkeit verwendet werden. Um gute Diagnostizierende zu werden, brauchen Pflegende diagnostische Kompetenzen, da die Pflegediagnostik die Grundlage des pflegerischen Handelns darstellt. Diagnostizierende sind Personen, die gewisse Daten in ihrem Fachgebiet erfassen und interpretieren, um daraufhin die entsprechenden Handlungen zu setzen. Ein Grundsatz beim Diagnostizieren ist, dass Fehler bei der Interpretation von Daten entstehen können. Dies müssen sich gute Diagnostizierende immer vor Augen führen. Pflegediagnosen sind Interpretationen von Daten, die im Rahmen der Anamnese erhoben werden und verwendet werden, um die Pflegenden durch den Pflegeprozess zu leiten. (Lunney 2009, S. 25)

Die Pflege stellt den Menschen als Ganzes und dessen Wohlbefinden in den Mittelpunkt und bezieht diesen in das Assessment und den diagnostischen Prozess mit ein. Dies begründet sich darin, dass pflegerische Handlungen das Ziel haben, das Wohlbefinden der Menschen zu verbessern. Des Weiteren wird angenommen, dass nicht die Pflegenden mit ihren Handlungen die Menschen gesund machen, sondern das eigene Verhalten der Menschen. Um diese Verhaltensänderungen zu erreichen, gibt es in der Pflege die genauesten Diagnosen, die das Potenzial haben, die pflegerische Behandlung zu diesem Outcome zu führen. Mit Hilfe von Pflegediagnosen ist es neben den medizinischen Diagnosen möglich, die Gesundheit zu fördern, schützen und wieder herzustellen. (Lunney 2009, S. 25-26)

Bei der pflegerischen Anamnese werden Informationen über Individuen erhoben und Symptome, beziehungsweise bestimmende Merkmale des pflegediagnostischen Konzepts bestimmt. In diesem Rahmen werden auch Faktoren und Variablen, die die Pflegediagnose beeinflussen können, bestimmt. Diese beeinflussenden Faktoren werden mit den bestimmenden Merkmalen in Kontext gesetzt und bestimmen zusammen die Pflegediagnose. (Craft-Rosenberg 2009, S. 47-50)

Der Aufbau der Pflegediagnosen der NANDA international gliedert sich in vier Teile: Titel, Definition, bestimmende Merkmale und beeinflussende Faktoren. Die Definition beschreibt klar und deutlich den Titel der Diagnose, ohne diesen zu verwenden. Sie gibt die Bedeutung wieder und ermöglicht die Abgrenzung zu ähnlichen Pflegediagnosen. Der Titel und die Definition sollten durch aktuelle Literatur gestützt sein. Die bestimmenden Merkmale sind verschiedene beobachtbare Faktoren, die zusammen die Erscheinung der jeweiligen Pflegediagnose bestimmen. Die beeinflussenden Faktoren stehen mit der Pflegediagnose in einer Wechselbeziehung. sie können sie beeinflussen, indem sie ihr vorvorangehen, zu ihr beitragen oder sie unterstützen. Auch die bestimmenden Merkmale und beeinflussenden Faktoren sollten bestenfalls durch forschungsbasierte Literatur gestützt werden. (Scroggins LM 2009, S. 72-75)

Sämtliche Pflegediagnosen der NANDA International basieren auf Forschung, wobei einige davon stärker durch Forschungsergebnisse gestützt werden als andere. Innerhalb der letzten vier Jahrzehnte wurden die Methoden zur Erforschung von Pflegediagnosen differenzierter. Auch die NANDA International ist auf eine kontinuierliche Forschungsunterstützung angewiesen. Dafür gibt es verschiedene Forschungsansätze. Ein Beispiel sind Validierungsstudien. (Lunney 2009, S. 55-58)

Es gibt verschiedene Definitionen für das Wort Validität. Validieren bedeutet etwas für gültig, bewiesen und richtig zu erklären. Um zu beantworten, ob eine Pflegediagnose valide ist, will man wissen, ob sie nach der Exklusion von anderen Diagnosen, die vielleicht dieselben Merkmale aufweisen, ausgewählt wurden. Außerdem will man wissen, ob die Pflegediagnose bei jedem/jeder PatientIn anwendbar ist und ob sie die beobachteten Merkmale und Verhaltensmuster widerspiegelt. Eine Pflegediagnose kann als valide bezeichnet werden, wenn sie auf Grundlagen oder Beweisen gestützt ist und in der Lage ist Kritik von professionell Pflegenden zu widerstehen. (Creason 2004, Fehring 1987)

Eine weitere Beschreibung für den Begriff Validität lässt sich aus dem Forschungsprozess, genauer aus dem Forschungsdesign, wenn Daten erhoben werden, ableiten. Diese Daten werden von den Forschenden mit verschiedenen Messinstrumenten erfasst. Damit eine Studie wissenschaftlich einwandfrei ist, müssen diese Messinstrumente valide und bewährt sein. Wenn dies nicht der Fall ist, wären die Ergebnisse der Studie unglaubwürdig und die aufgezeigten Ergebnisse würden keiner Kritik widerstehen. Forschende können nicht voraussetzen, dass ein Messinstrument zur Datenerhebung valide und bewährt ist, aber sie müssen dafür Beweise liefern. In der Wissenschaft gibt es standardisierte Methoden um diese Instrumente hinsichtlich ihrer Validität zu überprüfen. Dieser standardisierte Nachweis liefert Vertrauen in den Gebrauch von Messinstrumenten zur Erhebung von Daten. Ein solches Vertrauen sollte hinsichtlich Pflegediagnosen hergestellt werden. Außerdem sollten ähnliche, standardisierte Methoden entwickelt und angewandt werden, um dieses Vertrauen zu beweisen. (Fehring 1987)

In Anlehnung an den Forschungsprozess gibt es zwei Arten von Validität: die interne und die externe. Die interne Validität beschreibt, ob ein Effekt in einem Experiment der abhängigen Variable zugeschrieben werden kann. Die externe Validität beschreibt, ob das Ergebnis eines Experimentes für eine ganze Population generalisiert werden kann. Beide finden Anwendung in der Erforschung von Pflegediagnosen. Wenn eine Intervention überprüft wird, mit der eine Pflegediagnose behandelt wird, wird die interne Validität verwendet. Die externe Validität ist relevant, wenn man überprüfen will, ob die Forschungsergebnisse generalisierbar sind, und ob sie international repräsentativ sind. (Fehring 1986)

Wenn man wissen möchte, ob eine Pflegediagnose valide ist, muss man wissen, ob sie sachgemäß nach der Exklusion einer anderen Diagnose gewählt wurde, die möglicherweise dieselben oder ähnliche Charakteristiken aufweist. Außerdem möchte man wissen, ob die Pflegediagnose bei allen Patienten und Patientinnen mit denselben Problemen anwendbar ist.

Als Letztes ist es wichtig herauszufinden, ob die Pflegediagnose die beobachteten Verhaltensweisen und Merkmale der PatientInnen widerspiegelt. (Creason 2004)

1.1) Methoden zur Validierung von Pflegediagnosen

Richard Fehring hat vier Methoden zur Validierung von Pflegediagnosen entwickelt. Diese sind auf den Modellen von Gordon & Sweeney 1979 aufgebaut (Fehring 1986). Die Hauptgründe dafür waren:

- 1) Eine detaillierte Methode zu liefern, die von Master- AbsolventInnen angewandt und verstanden werden kann.
- 2) Um Methoden zu erhalten, aus denen quantifizierbare Daten hervorgehen.
- 3) Einen standardisierten Ansatz zur Validierung vorzuweisen, um Vergleiche zwischen Validierungsstudien herzustellen.
- 4) Um Kriterien zur Entscheidung über die Glaubwürdigkeit von bestimmenden Merkmalen zu haben. (Fehring 1986)

Diagnostic content validation (DCV) model:

Dieses Modell basiert darauf, Meinungen von PflegeexpertInnen mit akademischem Abschluss einzuholen, welche Merkmale bezeichnend für eine Pflegediagnose sind. Die bestimmenden Merkmale der betrachteten Pflegediagnose werden von der NANDA international übernommen. Bevor dieses Modell angewandt wird, sollte eine Literaturrecherche durchgeführt werden, um Rückhalt aus der Literatur hinsichtlich der Diagnose und deren Merkmalen zu liefern. (Fehring 1987)

Die Schritte des DCV Modells:

- 1) Experten und Expertinnen bewerten die bestimmenden Merkmale der getesteten Pflegediagnose auf einer Skala von 1-5. 1 steht für nicht charakteristisch und 5 für sehr charakteristisch.
- 2) Die Anwendung der Delphi Methode, um eine Übereinstimmung zu erlangen. Dieser Schritt ist optional, da die Delphi Methode sehr zeitaufwendig sein kann.
- 3) Das Berechnen eines gewichtigen Wertes für jedes bestimmende Merkmal. Die Gewichtungen sind folgendermaßen: 1=0, 2=0.25, 3 =0.50; 4= 0,75, 5=1. Sie sind so vorgesehen, dass die Summe maximal 1 ergeben kann und somit keine Merkmale als passend beurteilt werden, denen die ExpertInnen eine niedrige Wertigkeit zuschreiben.

- 4) Der Ausschluss von Merkmalen, die einen Wert unter 0.05 aufweisen. Dieser Schritt steht unter Vorbehalt und wird nur durchgeführt, wenn eine Studie mit einem großen Sample von PflegeexpertInnen aus dem ganzen Land fertig gestellt wurde oder wenn wiederholte Studien mit einem kleineren Sample dieselben Ergebnisse aufweisen.
- 5) Die bestimmenden Merkmale mit einer Bewertung von größer oder gleich 0.80 werden als primär, und jene mit einer Bewertung kleiner als 0,80 aber größer als 0.50 werden als sekundär angesehen. Dieser unverbindliche Schritt wird nur durchgeführt, bis die Ergebnisse durch wiederholte oder generalisierbare Studien bestätigt wurden. Bis diese Bestätigung erreicht ist, werden die Merkmale mit Vorbehalt als bedeutend oder unbedeutend bezeichnet.
- 6) Das Erlangen eines totalen DCV Score, in dem die einzelnen Bewertungen zusammengezählt und durch die Anzahl der bestimmenden Merkmale der getesteten Pflegediagnose dividiert werden. Merkmale mit einer Bewertung unter 0.50 sollten nicht miteinberechnet werden. (Fehring 1987)

Das Modell besagt, dass Merkmale als primär bezeichnet werden, wenn sie eine Bewertung von 0.80 oder größer erreichen. Diese Bewertung bedeutet, dass die ExpertInnen der Meinung sind, dass jene bestimmenden Merkmale für die getestete Pflegediagnose von hoher Bedeutung sind. (Fehring 1987)

Eine der Schwierigkeiten dieses Modells bei der Umsetzung in die Forschungspraxis ist es, Pflegekräfte zu finden, die Experten oder Expertinnen für die getesteten Pflegediagnosen sind. Die Expertise der Pflegenden und dessen Beweis ist ein wichtiger Punkt. Ohne diesen Schritt würden die getesteten Pflegediagnosen eine geringe Evidenz aufweisen. (Fehring 1987)

Clinical Diagnostic Validity (CDV) Model:

Dieses Modell basiert auf der Beobachtung, ob eine bestimmte Pflegediagnose in der klinischen Praxis existent ist. Beim originalen CDV Modell wurde ein klinisch-beobachtender Ansatz genutzt, bei dem zwei ExpertInnen beobachten und bewerten. Das modifizierte Modell kann diesen Ansatz verwenden oder klinische Informationen direkt von den PatientInnen beziehen. Der gewählte Ansatz ist abhängig von der getesteten Pflegediagnose. Wenn die Diagnose eine kognitive oder emotionale Komponente enthält, ist der direkte Austausch mit den PatientInnen die beste Methode. Wenn die Pflegediagnose auf die Aktivität oder Physiologie abzielt, ist der Ansatz der Beobachtung besser geeignet. Unabhängig vom gewählten Ansatz ist es wichtig im Vorhinein die bestimmenden Merkmale

der getesteten Pflegediagnose genau zu beschreiben. Wenn möglich sollten verschiedene Definitionen für die Merkmale herangezogen werden. (Fehring 1987)

Wenn beim CDV Modell ein beobachtender Ansatz angewandt wird, gibt es folgende Schritte:

- 1) Zwei klinische ExpertInnen beurteilen eine bestimmte Anzahl an Patienten bzw. PatientInnen mit der im Vorhinein festgelegten Pflegediagnose, die getestet werden soll.
- 2) Beide beobachten das Vorkommen oder fehlen der bestimmenden Merkmale der zu validierenden Pflegediagnose.
- 3) Das Berechnen der Urteilsübereinstimmung für alle Merkmale mit der nachfolgenden Formel:

$$R = \frac{A}{A + D} \times \frac{\frac{F1}{N} + \frac{F2}{N}}{2}$$

Dabei gilt: A= Anzahl der Zustimmungen, D= Anzahl der Nichtübereinstimmungen, F1= Anzahl der beobachteten Merkmale durch den/die erste ExpertIn, F2= Anzahl der beobachteten Merkmale durch den/die zweite ExpertIn, N= Anzahl der beobachteten Personen, R= gewichteter Wert der Urteilsübereinstimmung.

- 4) Die folgenden Schritte sind dieselben, wie beim DCV Modell. (Fehring 1987)

Eine andere Version des CDV Modells ist der PatientInnen- fokussierte Ansatz. Hier ist es nicht nötig zwei BewerterInnen zu haben. Der Ansatz eignet sich am besten für gefühlsbedingte Reaktionen des Menschen, wie zum Beispiel Angst, Hoffnungslosigkeit oder Kraftlosigkeit. (Fehring 1987) Das Modell hat folgende Schritte:

- 1) Das Besorgen von Daten von PatientInnen, bei denen im Vorhinein eine bestimmte Pflegediagnose, die im Interesse steht, gestellt wurde. Die Daten können in einem Krankenhaus oder von mehreren Kliniken gesammelt werden.
- 2) Die Validierung, dass die Pflegediagnose korrekt gestellt wurde, mit Hilfe eines entsprechenden Messinstruments. Wenn kein Messinstrument zur Verfügung steht, dann sollte die Pflegediagnose von klinischen ExpertInnen bestätigt werden.
- 3) Das Erstellen einer Liste der bestimmenden Merkmale der Pflegediagnosen, die mit einer Skala beurteilt werden. Diese Liste wird den PatientInnen mit der

entsprechenden Pflegediagnose gezeigt. Danach werden sie gebeten, die Merkmale nach ihrem Empfinden von 1- 5 zu beurteilen. Die Skala ist ähnlich der des DCV Modells. 1 steht für „in keiner Weise charakteristisch für mich“ und 5 für „sehr charakteristisch für mich“

- 4) Wie beim DCV Modell werden die einzelnen Merkmale nach ihrer Gewichtung bewertet. Diese ist wie folgt: $5=1$, $4=0,75$, $3=0,50$, $2=0,25$, $1=0$.

Die nächsten Schritte sind dieselben wie beim DCV Modell. (Fehring 1987)

Es ist auch möglich die zwei Arten des CDV Modells miteinander zu kombinieren. Dies kann nötig sein, da manche bestimmenden Merkmale beobachtbar sind und andere nur durch direkte Befragung der PatientInnen festzustellen sind. (Fehring 1987)

Differential Diagnostic Validation (DDV):

Um die Unterschiede zwischen zwei ähnlichen Pflegediagnosen zu validieren wurde die Differential Diagnostic Validation eingeführt. Diese Methode kann von Pflegekräften durchgeführt werden, die ExpertInnen für die gestellte Pflegediagnose sind, oder mit PatientInnen, die jene Diagnose erhalten haben, die validiert werden soll. Wenn diese Methode von PflegeexpertInnen durchgeführt wird, gibt es folgende Schritte:

- 1) Es werden zwei ähnliche Pflegediagnosen ausgewählt, die differenziert werden sollen.
- 2) Eine adäquate Anzahl von PflegeexpertInnen bewertet die bestimmenden Merkmale der beiden Pflegediagnosen. Es sollten dabei die Merkmale beider Diagnosen inkludiert werden. Jedoch wird ihnen gesagt, dass sie nur die Merkmale der Pflegediagnose, die von Interesse ist, bewerten sollen. Es wird ihnen nicht gesagt, dass die definierten Charakteristiken beider inkludiert sind. Diese werden dann auf einer Skala von 1-5 auf dieselbe Weise, wie beim DCV Modell beschrieben, bewertet.
- 3) Wie beim DCV Modell werden gewichtete Bewertungen für sämtliche bestimmenden Merkmale berechnet und diese als bedeutend oder unbedeutend eingestuft, beziehungsweise exkludiert.
- 4) Die bewerteten bestimmenden Merkmale von beiden Pflegediagnosen werden verglichen. Wenn sich hier ein eindeutiger Unterschied zeigt, dann sollten die definierten Bewertungen der getesteten Pflegediagnose deutlich höher sein, als die Bewertungen der bestimmenden Merkmale der differenzierten Diagnose.
- 5) Danach sollte die Befragung bezüglich der bestimmenden Merkmale mit denselben PflegeexpertInnen oder einer ähnlich großen Anzahl an PflegeexpertInnen durchgeführt werden. Dieses Mal beurteilen sie, wie sehr die Merkmale zur anderen

Pflegediagnose passen. Zum Beispiel wird in der ersten Runde beurteilt wie gut die Merkmale für die Pflegediagnose Angst passen, und in der zweiten Runde, wie gut sie für Furcht passen. Zum Schluss werden die Merkmale wieder bewertet und statistische Berechnungen angestellt. (Fehring 1987)

Die oben genannte Prozedur kann vereinfacht werden, indem eine größere Gruppe von PflegeexpertInnen (circa 100) rekrutiert wird. Durch eine randomisierte Auswahl bekommt die eine Hälfte die Merkmale für die eine Pflegediagnose, und die zweite Hälfte bekommt die Merkmale der zu differenzierenden Diagnose. Des Weiteren kann dieser Ansatz im klinischen Setting angewandt werden. Dafür muss ein Sample von Patienten und Patientinnen mit einer bereits gestellten Pflegediagnose gefunden werden (zum Beispiel Angst). Diesen wird eine Liste mit den bestimmenden Merkmalen der getesteten und der anderen Pflegediagnose gegeben. Danach sollte eine Gruppe von PatientInnen gefunden werden, bei denen die andere Diagnose (zum Beispiel Furcht) gestellt wurde. Nun sollen die bestimmenden Merkmale der jeweilig gestellten Pflegediagnose von den Probanden und Probandinnen bewertet werden. Ähnlich wie beim CDV Modell sollten die gestellten Pflegediagnosen im Vorhinein von klinischen ExpertInnen mit einem validen Messinstrument beurteilt werden. (Fehring 1987)

Der Wert der Modelle zeigt sich in der häufigen Nutzung und der Evidenz der validierten Pflegediagnosen, die dadurch generiert wurde. (Fehring 1994)

Pflegende, die bei ihrer Arbeit die „official North American Diagnosis Association (NANDA) list of nursing diagnosis“ verwenden, sehen die Definitionen und Charakteristiken dieser Pflegediagnosen oft als nicht relevant und nicht von klinischer Bedeutung an. Deshalb haben Pflegende möglicherweise kein Vertrauen in offizielle Pflegediagnosen und sehen sie als akademische Übung von Pflegepersonen in Führungspositionen weit weg von der pflegerischen Praxis an. Der Ursprung dieses Problems liegt darin, dass viele NANDA Pflegediagnosen eine kleine empirische Evidenz aufweisen. (Fehring 1987)

Daraus leiten sich das Forschungsziel und die Forschungsfrage ab.

1.1) Forschungsziel und Forschungsfrage:

Das Ziel dieser Arbeit besteht darin, mit Hilfe von Literatur aufzuzeigen, welche Ergebnisse aktuelle Studien hinsichtlich der Validierung von Pflegediagnosen aufzeigen und welche Methoden dabei angewandt wurden. Daraus leitet sich folgende Forschungsfrage ab:

Welche Ergebnisse zeigen aktuelle Studien hinsichtlich der Validierung von Pflegediagnosen und welche Methoden wurden dabei verwendet?

1) Methode:

2.1) Beschreibung der Suchstrategie

Um die Forschungsfrage zu beantworten, wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed und CINAHL durchgeführt. Im Zeitraum von Dezember 2014 bis Jänner 2015 wurde nach für die Forschungsfrage bedeutsame Abstracts gesucht. Folgende Schlüsselbegriffe (keywords) wurden definiert: validate, validation, nursing diagnoses, nursing diagnosis. Diese wurden mit dem Boolean Operator „AND“ verknüpft. Des Weiteren wurde eine Trunkierung (*) verwendet. Folgendes wurde in die Suchmaske eingegeben: ((validat*[Title/Abstract]) AND nursing diagnos*[Title/Abstract]). Um die Suche einzuschränken, wurden Limitationen festgelegt. Die Publikationen mussten auf Deutsch oder Englisch, und durften nicht älter als fünf Jahre sein. Außerdem musste der Abstract verfügbar sein.

Es wurden nur Studien miteinbezogen, bei denen eine Pflegediagnose der NANDA International validiert wurde, da die beschriebenen Methoden nach Richard Fehring 1987 sich auf diese beziehen. Ausgeschlossen wurden Studien, deren Sample Personen unter 18 Jahren enthielten.

2.2) Suchergebnisse

Aufgrund dieser Suchstrategie ergaben sich 63 Abstracts. Danach wurde ein Titelscreening durchgeführt, wodurch die Anzahl auf 26 Abstracts reduziert wurde. Als relevant wurden jene Abstracts beurteilt, deren Titel passend hinsichtlich der Beantwortung der Forschungsfrage

waren. Nach dem Entfernen von Duplikaten ergab sich eine Summe von 20 relevanten Abstracts. Schlussendlich wurde ein Abstract Screening durchgeführt. Es wurden jene Abstracts inkludiert, die folgende Punkte beinhalteten:

- Die Forschungsfrage oder das Ziel
- Die verwendete Methode, um die Forschungsfrage zu beantworten
- Die Ergebnisse
- Empfehlungen für die Praxis (Polit D. & Beck C. 2012)

Aufgrund dieser Beurteilung wurden sieben Artikel ausgewählt. Im weiteren Schritt erfolgte eine kritische Bewertung nach den Kriterien von Davies & Logan.

2.3) Bewertungskriterien nach Davies & Logan 2008

Die ausgewählten Artikel wurden nach folgenden Kriterien bewertet:

1) Titel:

- Ist das Thema der Studie von Interesse?
- Ist die Methode von Interesse?
- Ist die Population von Interesse?

2) Abstract:

- Sind die Resultate nützlich?

3) Einleitung:

- Warum wurde die Studie durchgeführt?
- Was ist das Ziel der Studie?
- Sind die Quellen aktuell? (nicht älter als 5 Jahre)

4) Methode:

Design:

- Welches Forschungsdesign liegt vor?
- Welche Forschungsmethode wurde verwendet?

Sample:

- Welche Eigenschaften haben die PartizipantInnen?

- Wie wurden die PartizipantInnen ausgewählt?
- Könnte die Auswahl der PartizipantInnen das Ergebnis beeinflusst haben?

Schutz der Menschenrechte:

- Wurde eine Einverständniserklärung eingeholt?

5) Setting:

- Gab es Faktoren, die das Ergebnis beeinflussen hätten können?

6) Datenerhebung:

- Welches Instrument wurde zur Datenerhebung genutzt?
- Beeinflussten die Methoden zur Datenerhebung die Ergebnisse?

7) Datenanalyse:

- Welche Methoden wurden verwendet, um die Daten zu analysieren?

8) Ergebnisse:

- War die Rücklaufquote ausreichend?
- Was sind die Hauptergebnisse der Studie?

9) Diskussion:

- Sind die Ergebnisse ident mit früheren Forschungsergebnissen?

10) Der Gesamteindruck:

- Welche Limitationen weist die Studie auf?
- Welche Stärken hat die Studie? (Davies & Logan 2008)

Durch die kritische Bewertung wurde ein Artikel abgelehnt. Daraus resultiert eine Endsumme von sechs inkludierten Artikeln. Die Literatursuche wird im folgenden Flowchart dargestellt:

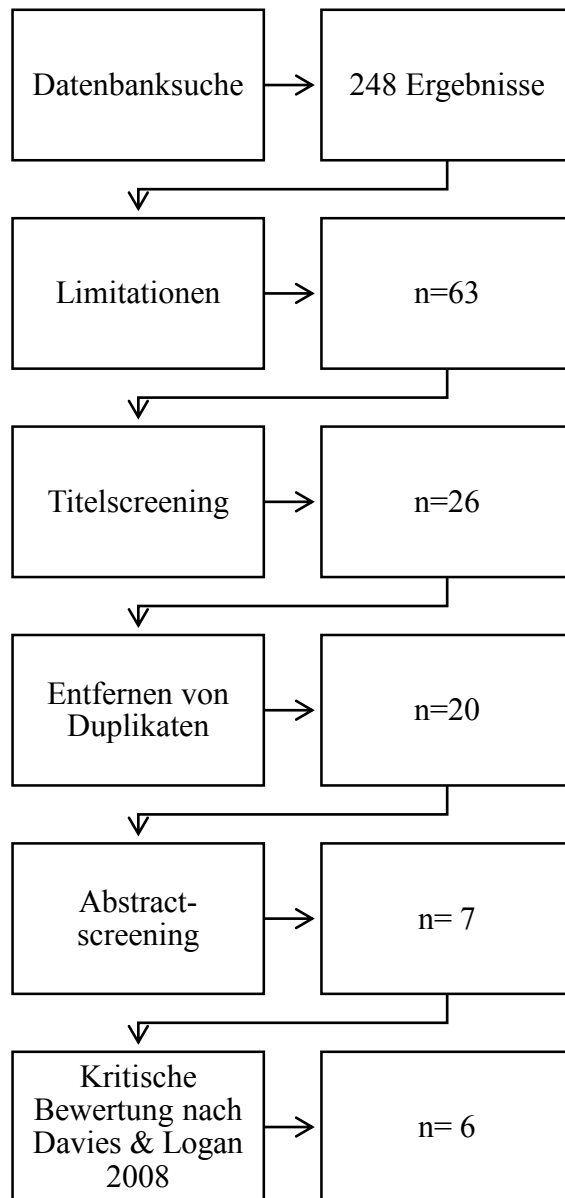


Abbildung 1 Flowchart

2.4) Übersicht der inkludierten Artikel

In der folgenden Tabelle 1 werden alle Artikel, die bei dieser Arbeit inkludiert wurden, dargestellt.

Tabelle 1: Darstellung der inkludierten Studien

Titel	AutorInnen	Jahr	Methode	Stichprobe	Setting
Content Validation of Hopelessness in Slovakia and Czech Republic	Gurková, Žiaková & Čáp	2011	Deskriptive Studie, DCV Modell nach Richard Fehring	200 ExpertInnen mit einschlägigen Erfahrungen mit Hoffnungslosigkeit	Drei Fakultäts-krankenhäuser in der Slowakei und in Tschechien
Content Validation of the Nursing Diagnosis Acute Pain in the Czech Republic and Slovakia	Zeleníková et al	2014	Deskriptive Studie, DCV Modell nach Richard Fehring	140 Pflegende aus der Slowakei und der Tschechischen Republik	Krankenhäuser in der Slowakei und in Tschechien
Aging as a Related Factor of the Nursing Diagnosis Impaired Memory: Content Validation	Brandaõ Chaves, Bottura Leite de Barros & Marini	2010	Deskriptiv Studie, DCV Modell nach Richard Fehring	20 brasilianische Pflegende	Nicht erhebbar
Nursing Diagnosis of Activity Intolerance: Clinical Validation in Patients With Refractory Angina	Garcia Rodrigues et al.	2011	Querschnittstudie, CDV Modell nach Richard Fehring	38 PatientInnen, die an einer stabilen Angina Pectoris leiden	Kardiologische Ambulanz in Brasilien
Decreased Cardiac Output: Clinical Validation in Patients With Decompensated Heart Failure	Soares Martins, Aliti & Rabelo	2010	Querschnittstudie, CDV Modell nach Richard Fehring	29 PatientInnen, die an einer stabilen Angina Pectoris leiden	Universitätsspital in Porto Alegre
Clinical Validation of the Nursing Diagnosis of Impaired Tissue Integrity and Impaired Skin Integrity in Patients subjected to Cardiac Catheterization	Paganin & Rabelo	2012	Querschnittstudie, CDV Modell nach Richard Fehring	250 PatientInnen, die einem Herzkatheter unterzogen wurden	hämodynamischer OP in einem brasilianischen Krankenhaus

2) Ergebnisse

3.1) Vorstellung der inkludierten Studien:

Nachfolgend werden alle inkludierten Studien vorgestellt. Besonderes Augenmerk wird auf das Forschungsziel, die Methode und das Ergebnis gelegt. Außerdem werden die validierten Pflegediagnosen dargestellt.

3.1.1) Content Validation of Hopelessness in Slovakia and Czech Republic (Gurková, Žiaková & Čáp 2011)

Forschungsziel

Das Ziel dieser Studie war es den Inhalt der Pflegediagnose Hoffnungslosigkeit zu validieren und die definierenden Charakteristiken im Hinblick auf die slowakische und tschechische Kultur zu identifizieren.

Methode:

Bei dieser deskriptiven Studie wurde das DCV Modell nach Richard Fehring verwendet. Die Stichprobengröße bestand aus ExpertInnen, mit einer Ausbildung mindestens auf Hochschulniveau, und angemessener Erfahrung in der Arbeit mit Hoffnungslosigkeit. Es wurden 200 Fragebögen an drei Fakultätskliniken ausgeteilt. Insgesamt wurden 88 Bögen retourniert und in die Auswertung einbezogen. Der Fragebogen enthielt eine Liste von 12 Merkmalen, die in Bezug auf die Pflegediagnose Hoffnungslosigkeit von den Pflegenden bewertet werden sollten. Dieser Bogen enthielt drei Gruppen von Merkmalen. Die Erste bestand aus den bestimmenden Merkmalen der Pflegediagnose Hoffnungslosigkeit der NANDA International, die zweite aus insgesamt sieben Merkmalen von der Nowotny Hope Scale und die dritte aus fünf erfundenen Merkmalen. Die subjektiven Aussagen der Nowotny Hope Scale wurden zu beobachtbaren Merkmalen umformuliert. (Gurková, Žiaková & Čáp 2011) In Tabelle 2 werden die validierten Merkmale dieses Fragebogens dargestellt.

Tabelle 2: Die validierten Merkmale der Pflegediagnose Hoffnungslosigkeit

Bestimmende Merkmale der NANDA International	Ausgewählte Elemente der Nowotny Hope Scale	Erfundene Merkmale
Ausdruck des Glaubens, dass Probleme immer da sein werden	Ausdruck von vermindertem spirituellen Glauben und Lebenssinn	Mundtrockenheit
Verminderter Affekt	Ausdruck des Misstrauens gegenüber Hilfe	Langsames Denken
Fehlende Eigeninitiative	Ausdruck von Erfahrungen der Einsamkeit	Zorn und Aggression beeinträchtigt die Fähigkeit zu lernen
Fehlende Beteiligung an der eigenen Versorgung	Ausdruck des Unvermögens die Zukunft zu planen	Schwitzen
Achselzucken als Antwort in Gesprächen	Ausdruck von Misstrauen gegenüber den eigenen Stärken und Fähigkeiten	
Abwenden während Gesprächen	Ausdruck des Misstrauens von Erfolg	
Reduzierte Reaktion auf Reize	Ausdruck der Unfähigkeit Entscheidungen zu treffen	
Reduzierter Appetit		
Schließen der Augen		
Schlafstörungen		
Reduzierte Verbalisierung		
Passivität		

Diese Merkmale wurden von den ExpertInnen auf einer Likert-Skala von 1-5 hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Pflegediagnose Hoffnungslosigkeit bewertet. Danach wurden diese Bewertungen statistisch berechnet. Dabei wurde die Bewertung 1 dem Wert 5 (größte Bedeutung) und die Bewertung 0 dem Wert 1 (geringste Bedeutung) zugeschrieben. Folglich bedeutet dies: 4 = 0,75, 3 = 0,5 und 2 = 0,25. Merkmale mit einem Wert über 0,75 wurden als primär eingestuft.

Ergebnis:

Basierend auf den Bewertungen wurden acht bestimmende Merkmale der Pflegediagnose Hoffnungslosigkeit identifiziert. Drei Merkmale der NANDA international und fünf Merkmale der Nowotny Hope Skala erreichten den Status von hoher Bedeutung. Kein einziges der fiktiven Merkmale wurde als bedeutend eingestuft. Zusammenfassend ist wurde die Pflegediagnose „Hoffnungslosigkeit“ als nicht valide eingestuft. Die vorgeschlagenen Änderungen wurden der NANDA International übermittelt. (Gurková, Žiaková & Čáp 2011)

Pflegediagnose Hoffnungslosigkeit (00124):

Definition:

„Ein subjektiver Zustand, in dem ein Individuum begrenzte oder keine Alternativen oder persönliche Wahlmöglichkeiten sieht und unfähig ist, Energie für sich selbst zu mobilisieren“
(NANDA International 2009-2011, S. 204)

Die folgenden bestimmenden Merkmale (Tabelle 3) wurden als bedeutend bewertet. (Gurková, Žiaková & Čáp 2011) Anzumerken ist, dass hier neue Merkmale der Nowotny Hope Skala hinzugefügt und validiert wurden.

Tabelle 3: Die als bedeutend bewerteten Merkmale der Pflegediagnose Hoffnungslosigkeit

Bestimmendes Merkmal (Wert ≥ 0.77)	Quelle
Ausdruck von vermindertem spirituellen Glauben und Lebenssinn	Nowotny Hope Skala
Passivität	NANDA International
Ausdruck des Unvermögens die Zukunft zu planen	Nowotny Hope Skala
Ausdruck von Misstrauen gegenüber den eigenen Stärken und Fähigkeiten	Nowotny Hope Skala
Ausdruck des Glaubens, dass Probleme immer da sein werden	NANDA International
Ausdruck des Misstrauens von Erfolg	Nowotny Hope Skala
Reduzierter Affekt	NANDA International
Ausdruck von Erfahrungen der Einsamkeit	Nowotny Hope Skala

3.1.2) Content Validation of the Nursing Diagnosis Acute Pain in the Czech Republic and Slovakia (Zeleníková et al 2014)

Forschungsziel:

Das Ziel dieser Studie war, in Bezug auf die Pflegepraxis in der Slowakei und in Tschechien, die bestimmenden Merkmale der Pflegediagnose „akuter Schmerz“ zu validieren. (Zeleníková et al 2014)

Methode:

Bei dieser deskriptiven Studie wurde das DCV Modell nach Richard Fehring angewandt und speziell für diese Studie adaptiert. Die Schritte waren folgendermaßen:

- 1) Die PflegeexpertInnen bewerteten die bestimmenden Merkmale mit Hilfe einer Likert-Skala von 1- 5. Dabei wurden den Zahlen folgende Bedeutungen zugeordnet: 1 = in keiner Weise charakteristisch oder bezeichnend für die Diagnose, 2= wenig charakteristisch oder bezeichnend für die Diagnose, 3 = ziemlich charakteristisch, 4 = deutlich charakteristisch, 5 = sehr charakteristisch
- 2) Es wurde eine gewichtige Bewertung, nach dem Modell von Richard Fehring, für jedes Merkmal berechnet.
- 3) Die bestimmenden Merkmale mit einer Bewertung größer/gleich 0,75 wurden als bedeutend und jene mit einer Bewertung von 0,50 – 0,75 wurden als unbedeutend eingestuft.
- 4) Merkmale mit einer Bewertung kleiner/gleich 0,50 wurden verworfen.
- 5) Der totale DCV Score wurde durch die Berechnung des Durchschnittes aller Bewertungen erhoben. Die verworfenen Merkmale wurden nicht miteinberechnet. (Zeleníková et al 2014)

Die Stichprobe enthielt 240 Pflegende. Diese arbeiteten in ausgewählten Kliniken und, haben neben der Arbeit ihren Masterabschluss gemacht. Außerdem umfasste die Stichprobe auch Pflegende, die an Universitäten lehrten. Die Pflegenden mussten mindestens vier Punkte auf einer Bewertung nach Richard Fehring erreichen, um an der Studie teilnehmen zu können. Für die Studie wurde diese Bewertung modifiziert und enthielt grundlegende und unterstützende Kriterien. Die grundlegenden waren:

- Ausbildung: Master- Abschluss = 3 Punkte, Bachelor- Abschluss = 2 Punkte, weiterführende Diplomschule = 1 Punkt
- Klinische Erfahrung im Bereich der untersuchten Pflegediagnose: mindestens ein Jahr = 1 Punkt, fünf Jahre oder mehr = 2 Punkte, 10 Jahre oder mehr = 3 Punkte

Die unterstützenden Kriterien waren:

- Spezialisierung im Bereich der untersuchten Pflegediagnose = 2 Punkte
- Diplom Arbeit/Abschlussarbeit zum Thema Pflegediagnosen = 1 Punkt
- Getätigte theoretische oder wissenschaftliche Publikationen zum Thema Pflegediagnosen = 2 Punkte
- Doktorarbeit zum Thema Pflegediagnosen = 3 Punkte

Es wurden zwei Bewertungsbögen entwickelt, um die bestimmenden Merkmale der Pflegediagnose „akuter Schmerz“ zu messen. Der eine war in tschechischer und der andere in slowakischer Sprache, da die Studie in beiden Ländern durchgeführt wurde. Die Bewertungsbögen enthielten zwei Teile. Im Ersten wurden 18 bestimmende Merkmale der NANDA und fünf erfundenen Merkmale bewertet. Die erfundenen inkludierten: Gewichtsveränderungen, Muskelatrophie, Zögern und Müdigkeit. Im zweiten Teil wurden die demographischen Daten der PartizipantInnen erhoben. 87 Slowakische und 84 tschechische ExpertInnen füllten die Bewertungsbögen aus. Davon wurden fünf nicht in die Datenanalyse miteinbezogen, da die PartizipantInnen nach der Bewertung nach Richard Fehring weniger als vier Punkte erreichten. Schlussendlich bestand die Stichprobengröße aus 79 tschechischen und 82 slowakischen PflegeexpertInnen. Die Daten wurden von April 2009 bis April 2010 erhoben. (Zeleníková et al 2014)

Ergebnis:

Die ExpertInnen aus der Slowakei bewerteten vier Merkmale als bedeutend und die erfundenen Merkmale als unbedeutend. Der DCV-Score betrug 0,68. Die ExpertInnen aus Tschechien bewerteten acht Merkmale als bedeutend. Auch von ihnen wurden die erfundenen Merkmale als unbedeutend eingestuft. Der DCV-Score betrug 0,71. Dieser war im tschechischen Sample höher, da die ExpertInnen aus diesem Land die bestimmenden Merkmale höher bewerteten. Es ist möglich, dass dieses Ergebnis durch die Charakteristiken der Stichprobe beeinflusst wurde, da mehr Expertinnen aus Tschechien einen Bachelor Abschluss hatten, als jene aus der Slowakei. Das größere Selbstvertrauen von Personen mit universitärer Bildung könnte der Grund für die höheren Bewertungen sein. Insgesamt wurde die Pflegediagnose „akuter Schmerz“ der NANDA

International als valide beurteilt. Dennoch sollte die Liste der bestimmenden Merkmale überarbeitet und gekürzt werden. (Zeleníková et al 2014)

Pflegediagnose Akuter Schmerz (00132):

Definition:

„Unangenehme sensorische und emotionale Erfahrung, die von aktuellen oder potentiellen Gewebsschädigungen herrührt und als solche Schädigung beschrieben werden kann (International Association for the Study of Pain); plötzlicher oder allmählicher Beginn mit einer Intensität von leicht bis schwer und einem erwarteten oder vorhersagbarem Ende und einer Dauer von weniger als 6 Monaten“ (NANDA International 2009-2011, S. 360)

Von den slowakischen ExpertInnen wurden vier bestimmende Merkmale als bedeutend und 13 als unbedeutend bewertet. „Ichbezogenheit“ wurde aufgrund einer Bewertung unter 0.50 verworfen. (Zeleníková et al 2014) Die bestimmenden Merkmale und deren Bewertungen werden in Tabelle 4 dargestellt:

Tabelle 4: Die bestimmenden Merkmale der Pflegediagnose akuter Schmerz und die Bewertungen der slowakischen Pflegeexpertinnen

Bedeutend (Wert ≥ 0.75)	Unbedeutend (Wert ≤ 0.75)
Schonhaltung	Veränderte Herzfrequenz
Beobachtete Schmerzzeichen	Schlafstörung
Verbale Äußerung über Schmerz	Ablenkende Verhaltensweisen
Abwehrhaltung	Maskenhaftes Gesicht
	Auffälliges Verhalten
	Veränderung der Atemfrequenz
	Eingeschränkter Fokus
	Veränderter Blutdruck
	Veränderter Appetit
	Pupillenerweiterung
	Ablenkende Verhaltensweisen
	Schwitzen
	Schmerzerfassung

Die tschechischen ExpertInnen bewerteten acht bestimmende Merkmale als bedeutend und neun als unbedeutend. Hier wurde „Schwitzen“ aufgrund der Bewertung unter 0.50 verworfen. (Zeleníková et al 2014) Die bestimmenden Merkmale und deren Bewertungen werden in Tabelle 5 dargestellt

***Tabelle 5:** Die bestimmenden Merkmale der Pflegediagnose akuter Schmerz und deren Bewertungen der tschechischen Pflegeexpertinnen*

Bedeutend (Wert ≥ 0.75)	Unbedeutend (Wert ≤ 0.75)
Schonhaltung	Veränderte Atemfrequenz
Beobachtete Schmerzzeichen	Maskenhaftes Gesicht
Verbale Äußerung über Schmerz	Veränderter Blutdruck
Abwehrhaltung	Eingeschränkter Fokus
Sich schützende Gesten	Veränderter Appetit
Veränderte Herzfrequenz	Schwitzen
Schlafstörung	Ablenkende Verhaltensweisen
Auffälliges Verhalten	Pupillenerweiterung
	Schmerzerfassung

3.1.3) Aging as a Related Factor of the Nursing Diagnosis Impaired Memory: Content Validation (Brandaõ Chaves, Bottura Leite de Barros & Marini 2010)

Forschungsziel:

Das Ziel dieser Studie war die Definition, die bestimmenden Merkmale und beeinflussenden Faktoren der Pflegediagnose „beeinträchtigte Gedächtnisleistung“ zu validieren. Außerdem sollte überprüft werden, ob das Altern als beeinflussender Faktor valide ist. Zu beachten ist, dass bei dieser Studie eine Pflegediagnose der NANDA international 2006 untersucht wurde. (Brandaõ Chaves, Bottura Leite de Barros & Marini 2010)

Methode:

Bei dieser Studie handelt es sich um einen deskriptiven Forschungsansatz, bei dem das DCV Modell nach Richard Fehring angewandt wurde. Um geeignete PartizipantInnen aus dem ganzen Land zu erhalten, die Erfahrungen in den Bereichen Pflegediagnostik, Gerontologie und/oder Neurologie haben, wurden diese über eine nationale Lebenslauf-Plattform ausgewählt. Dies

entspricht einem Gelegenheitsampling. Es wurden nur Pflegende inkludiert, die einen Expertenstatus nach den Kriterien von Richard Fehring erhielten. Diese Kriterien wurden speziell für diese Studie adaptiert. Dabei wurde die Qualifikation mit folgenden Punkten beurteilt:

- Master Abschluss in der Pflege = 4 Punkte
- Abschlussarbeit zu den Themen Pflegediagnosen und/oder Neurologie und/oder Geriatrie = 2 Punkte
- Doktorarbeit zu den Themen Pflegediagnosen und/oder Neurologie und/oder Geriatrie = 3 Punkte
- Mehr als zwei Jahre im Bereich der Lehre über die Themen Pflegediagnosen und/oder Neurologie und/oder Geriatrie = 1 Punkte
- Mehr als zwei Jahre praktische Erfahrung in den Bereichen Pflegediagnosen und/oder Neurologie und/oder Geriatrie = 1 Punkt
- Forschung und Publikationen in den Bereichen Pflegediagnosen und/oder Neurologie und/oder Geriatrie = 1 Punkt
- Publierte Artikel in bekannten Pflegefachzeitschriften über die Themen Pflegediagnosen und/oder Neurologie und/oder Geriatrie = 2 Punkte (Brandaõ Chaves, Bottura Leite de Barros & Marini 2010)

Die Pflegenden mussten mindestens fünf Punkte erreichen, um an der Studie teilnehmen zu können. Insgesamt wurden 20 Pflegende ausgewählt, denen ein semi-strukturierter Fragebogen zugestellt wurde. 18 Bögen wurden ausgefüllt und retourniert. Die Rücksendung enthielt auch die Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie. Der Fragebogen bestand aus zwei Teilen. Im ersten Teil wurden demographische Daten über die PartizipantInnen erhoben. Im zweiten Teil wurden die Schritte zum Ausfüllen des Bogens genau erklärt und die zu bewertenden bestimmenden Merkmale und relevanten Faktoren der Pflegediagnose „beeinträchtigte Gedächtnisleistung“ aufgelistet. Um die bestimmenden Merkmale zu bewerten wurde eine Likert-Skala von 1-5 verwendet. 1 stand für „sehr bezeichnend“, 2 für „sehr bezeichnend“, 3 für „bezeichnend“, 4 für „nicht sehr bezeichnend“ und 5 für „gar nicht bezeichnend“. Danach wurde die durchschnittliche Gewichtung berechnet. Dafür wurden die einzelnen Bewertungen den folgenden Gewichtungen zugeschrieben: 1 = 1, 2 = 0.75, 3 = 0.50, 4 = 0.25, 5 = 0. Merkmale, die eine durchschnittliche Gewichtung kleiner/gleich 0.50 errichten, wurden als unbedeutend angesehen. Die bestimmenden Merkmale mit einem Wert über 0.80 wurden als sehr bedeutend und jene mit einem Wert zwischen 0.50 und 0.80 als weniger bedeutend eingestuft. Der totale DCV Score wurde berechnet, indem die einzelnen Werte der

Merkmale addiert und diese Summe schließlich durch die Anzahl der getesteten Merkmale dividiert wurde. Jene, die einen Wert unter 0.50 erreichten wurden nicht miteinberechnet. Die Definition der Pflegediagnose „beeinträchtigte Gedächtnisleistung“ wurde überprüft, indem sie die Expertinnen als „relevant“ oder „nicht relevant“ einstufte. Um die beeinflussenden Faktoren zu bewerten, sollten die ExpertInnen mit „ja“ oder „nein“ beantworten, ob sie für diese Pflegediagnose relevant sind oder nicht. (Brandaõ Chaves, Bottura Leite de Barros & Marini 2010)

Ergebnis:

Die Definition der Pflegediagnose „beeinträchtigte Gedächtnisleistung“ wurde als valide eingestuft. Fünf bestimmende Merkmale wurden als bedeutend, und zwei als unbedeutend bewertet. Der DCV Faktor ergab 0.827. Sechs der beeinflussenden Faktoren erreichten eine Zustimmung von über 90%, nur ein Faktor erreichte eine Zustimmung von nur 16,5%. Aufgrund dieser Ergebnisse ist die Pflegediagnose „beeinträchtigte Gedächtnisleistung“ der NANDA 2006 als valide anzusehen und der beeinflussende Faktor „Altern“ sollte hinzugefügt werden. (Brandaõ Chaves, Bottura Leite de Barros & Marini 2010)

Pflegediagnose Beeinträchtigte Gedächtnisleistung (00131):

Definition:

„Unfähigkeit, sich an Teile von Informationen oder Verhaltensweisen zu erinnern oder diese abzurufen“. (NANDA International 2009-2011, S. 187)

Diese Pflegediagnose wurde hinsichtlich der bestimmenden Merkmale und der beeinflussenden Faktoren nach NANDA International validiert. Zusätzlich wurde das Altern als beeinflussender Faktor überprüft. Fünf Merkmale wurden als bedeutend und zwei als unbedeutend bewertet. Alle beeinflussenden Faktoren, außer einer, bekamen große Zustimmung der ExpertInnen. (Brandaõ Chaves, Bottura Leite de Barros & Marini 2010) In den Tabellen 6 und 7 werden die bestimmenden Merkmale und die beeinflussenden Faktoren dargestellt.

Tabelle 6: Die bestimmenden Merkmale der Pflegediagnose beeinträchtigte Gedächtnisleistung

Bedeutend (Wert > 0.80)	Unbedeutend (Wert = 0.50-0.80)
Unfähigkeit, sich an sachliche Informationen zu erinnern	Vergisst, eine Handlung zu einer geplanten Zeit auszuführen
Unfähigkeit, neue Informationen oder Fertigkeiten zu behalten	Unfähigkeit, eine bereits gelernte Handlung auszuführen
Unfähigkeit zu bestimmen, ob eine Handlung ausgeführt wurde	
Erleben oder Beobachten von Vergesslichkeit	
Unfähigkeit, sich an Ereignisse zu erinnern	

Tabelle 7: Die beeinflussenden Faktoren der Pflegediagnose beeinträchtigte Gedächtnisleistung

Beeinflussende Faktoren	Zustimmung in Prozent
Anämie	94,4
Reduzierte Herzleistung	16,5
Übermäßige Störung durch die Umgebung	94,4
Unausgeglichener Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt	94,4
Hypoxie	94,4
Neurologische Störungen	100
Altern	100

3.1.4) Nursing Diagnosis of Activity Intolerance: Clinical Validation in Patients with Refractory Angina (Garcia Rodrigues et al. 2011)

Forschungsziel:

Das Ziel dieser Studie war es, die Pflegediagnose „Aktivitätsintoleranz“ im Hinblick auf PatientInnen, die an einer stabilen Angina pectoris leiden, zu validieren, weil es bis zu diesem Zeitpunkt keine derartigen Studien gab. (Garcia Rodrigues et al. 2011)

Methode:

Bei dieser Querschnittstudie wurde das CVD Modell nach Richard Fehring angewandt. Die Stichprobe bestand aus PatientInnen mit ischämischen Herzerkrankungen, (stabiler Angina pectoris, ohne den Optionen einer Bypass-Operation oder einer Intervention durch einen Herzkatheter), die über Symptome einer Angina oder einer Herzinsuffizienz klagten. Alle PatientInnen, die die Pflegediagnose „Aktivitätsintoleranz“ aufwiesen, wurden eingeladen an der Studie teilzunehmen. Von März 2009 bis März 2010 wurden insgesamt 22 PatientInnen in die Studie inkludiert. Um das Auftreten oder Fehlen diverser Merkmale dieser Pflegediagnose aufzuzeichnen, wurden die PatientInnen von zwei erfahrenen Pflegepersonen eingeschätzt. Die Pflegepersonen wurden mittels einem adaptierten Punktesystem beurteilt, welches bereits in einer anderen brasilianischen Studie angewandt wurde. Dieses System ist dem von Richard Fehring nachempfunden. Es enthielt folgende Punkte:

- Master Abschluss in der kardiovaskulären Wissenschaft = 4 Punkte
- Spezialisierung auf die kardiovaskuläre Wissenschaft = 3 Punkte
- Mindestens fünf Jahre klinische Erfahrung im Bereich von kardiologischen Stationen = 3 Punkte
- Erfahrungen in der Lehre bei Seminaren im Bereich der Kardiologie = 2 Punkte
- Publierte Artikel im Bereich der Pflegeklassifikationen oder kardiovaskulären Erkrankungen in wissenschaftlichen Magazinen = 2 Punkte
- Publizierter Abstract im Bereich der Pflegeklassifikationen oder kardiovaskulären Erkrankungen in wissenschaftlichen Magazinen = 1 Punkt (Garcia Rodrigues et al. 2011)

Die zwei PflegeexpertInnen, die schlussendlich die Einschätzungen durchführten, erreichten beide eine hohe Punkteanzahl. Jede der Expertinnen beobachtete unabhängig voneinander das Auftreten oder Fehlen der bestimmenden Merkmale der Pflegediagnose Aktivitätsintoleranz bei allen inkludierten PatientInnen. Um diese, und Daten aus der Krankheitsgeschichte und den körperlichen Untersuchungen zu erheben, wurde ein Fragebogen erstellt. Die An- oder Abwesenheit eines Merkmales wurde schlicht mit ja oder nein angegeben. Die bestimmenden Merkmale „EKG Veränderungen“ und „EKG-Veränderungen aufgrund einer Ischämie oder Arrhythmie“ wurden mit Hilfe einer EKG Untersuchung überprüft. Die Merkmale „abnorme Herzfrequenz als Reaktion auf Aktivität/Belastung“ und „abnormale Blutdruckveränderungen als Reaktion auf Aktivität/Belastung“ wurden mittels MET Score erhoben. Die restlichen Merkmale wurden anhand der Krankengeschichte und den körperlichen Untersuchungen überprüft. Der

Reliabilitätsindex (R) wurde mit Hilfe der Formel des DCV Modells nach Richard Fehring berechnet. (Garcia Rodrigues et al. 2011)

Ergebnis:

Nach den Validierungskriterien wurden drei bestimmenden Merkmale als bedeutend und vier als unbedeutend eingestuft. Keines der Merkmale erreichte eine Bewertung unter 0,5. Folglich wurde die Pflegediagnose „Aktivitätsintoleranz“ der NANDA International, im Hinblick auf PatientInnen mit einer stabilen Angina pectoris, als valide bewertet. (Garcia Rodrigues et al. 2011)

Pflegediagnose Aktivitätsintoleranz (00092):

Definition:

„Ungenügende physiologische oder psychische Energie, um erforderliche oder erwünschte alltägliche Aktivitäten durchzuhalten oder abzuschließen“ (NANDA International 2009-2011, S. 157)

Diese Pflegediagnose wurde im Hinblick auf PatientInnen mit stabiler Angina Pectoris validiert. Drei bestimmende Merkmale der NANDA international wurden als bedeutend und fünf als unbedeutend bewertet. Kein Merkmal wurde mit einem Wert $R \leq 0.50$ bewertet. (Garcia Rodrigues et al. 2011) Diese werden in Tabelle 8 dargestellt.

Tabelle 8: Die bestimmenden Merkmale der Pflegediagnose Aktivitätsintoleranz und deren Bewertungen

$R \geq 0.80$)	$R = 0.50 - 0,79$)
Äußerungen über Müdigkeit	EKG-Veränderungen aufgrund von Arrhythmien
EKG-Veränderungen aufgrund einer Ischämie	Dyspnoe bei körperlicher Anstrengung/Belastung
Abnorme Herzfrequenz als Reaktion auf Aktivität/Belastung	Unbehagen bei körperlicher Anstrengung/Belastung
	Äußerungen über Schwäche
	Abnormale Blutdruckveränderungen als Reaktion auf Aktivität/Belastung

3.1.5) Decreased Cardiac Output: Clinical Validation in Patients with Decompensated Heart Failure (Soares Martins, Aliti & Rabelo 2010)

Forschungsziel:

Zum Zeitpunkt, an dem diese Studie durchgeführt wurde, gab es noch keine Forschungsergebnisse im Hinblick auf die Validierung der Pflegediagnose „verminderte Herzleistung“ im Kontext mit der dekompensierenden Herzinsuffizienz. Aufgrund dieser Tatsache war das Ziel dieser Studie eben diese Pflegediagnose im Kontext mit der dekompensierenden Herzinsuffizienz zu validieren. (Soares Martins, Aliti & Rabelo 2010)

Methode:

Diese Querschnittstudie wurde von Jänner bis Juni 2007 an einer Universitätsklinik in Brasilien durchgeführt. Um die bestimmenden Merkmale der Pflegediagnose „verminderte Herzleistung“ zu validieren, wurde das CDV Modell nach Richard Fehring ausgewählt. Es wurden 29 Patienten und Patientinnen über 18 Jahren mit der Diagnose dekompensierende Herzinsuffizienz inkludiert, die auf der Notfallstation, Intensivstation oder in der Erstaufnahme aufgenommen wurden. Exkludiert wurden jene PatientInnen mit dekompensierender Herzinsuffizienz, die innerhalb der vorigen zwei Monate davor einen Herzinfarkt erlitten, ein septisches Zustandsbild aufwiesen oder in den vorigen 30 Tagen eine Bypass Operation erhielten. Um die Merkmale der Pflegediagnose „verminderte Herzleistung“ zu validieren, wurde das CVD Modell nach Richard Fehring angewandt. Zwei Pflegende mit angemessenem Wissen über den Pflegeprozess und stetiger Erfahrung bei der Anwendung der Pflegediagnose „verminderte Herzleistung“ wurden rekrutiert, um die Patienten und Patientinnen auf den jeweiligen Stationen einzuschätzen. Dabei wurden folgende Schritte laut dem CVD Modell nach Richard Fehring eingehalten:

- 1) Die zwei ExpertInnen beurteilten die PatientInnen, deren Pflegediagnose getestet werden sollte
- 2) Die ExpertInnen beobachteten unabhängig voneinander bei allen PatientInnen einzeln das Auftreten oder Fehlen der bestimmenden Merkmale der Pflegediagnose „verminderte Herzleistung“
- 3) Der Reliabilitäts-Score wurde berechnet (Soares Martins, Aliti & Rabelo 2010)

Zur Datenerhebung wurden zwei Fragebögen verwendet. Mit dem ersten wurden Daten der ersten klinischen Untersuchung und zugleich die Einstufung der dekompensierenden

Herzinsuffizienz erhoben. Dies erfolgte mit Hilfe der Krankengeschichte, der körperlichen und der radiologischen Untersuchung. Mit dem anderen Bogen wurden die demographischen Daten der PatientInnen und das Auftreten oder Fehlen der bestimmenden Merkmale der Pflegediagnose „verminderte Herzleistung“ untersucht. (Soares Martins, Aliti & Rabelo 2010)

Ergebnis:

Insgesamt sechs bestimmende Merkmale der Pflegediagnose „verminderte Herzleistung“ wurden als bedeutend und neun als unbedeutend bewertet. Einige Merkmale erreichten einen Wert unter 0,5 und wurden somit als nicht repräsentativ eingestuft. Die bestimmenden Merkmale, die eine Bewertung zwischen 0.51 und 1 erreichten wurden als valide eingestuft. Aufgrund dessen ist diese Pflegediagnose, im Hinblick auf PatientInnen mit einer dekompensierenden Herzinsuffizienz, valide. (Soares Martins, Aliti & Rabelo 2010)

Pflegediagnose Verminderte Herzleistung (00029):

Definition:

„Das vom Herzen ausgeworfene Blut genügt den metabolischen Anforderungen des Körpers nicht“ (NANDA International 2009-2011, S. 167)

Die bestimmenden Merkmale dieser Pflegediagnose wurden im Hinblick auf PatientInnen mit Herzinsuffizienz validiert. Nach den Berechnungen nach Richard Fehring wurden sechs bestimmende Merkmale als bedeutend ($R \geq 0.80$) und neun als unbedeutend ($R = 0 - 0,79$) eingestuft. Merkmale, die einen Wert unter 0.50 erreichten, wurden als nicht repräsentativ angesehen. (Soares Martins, Aliti & Rabelo 2010) Die bestimmenden Merkmale und deren Bewertungen sind in der nachfolgenden Tabelle 9 dargestellt.

Tabelle 9: Die bestimmenden Merkmale der Pflegediagnose verminderte Herzleistung und deren Bewertungen

Bedeutend ($R \geq 0.80$)	Unbedeutend ($R = 0 - 0,79$)
Müdigkeit	Hepatomegalie
Dyspnoe	Gewichtszunahme
Ödeme	Jugularvenenstauung
Orthopnoe	Herzklopfen
Paroxymale nächtliche Dyspnoe	Rasseln
Erhöhter zentraler Venendruck	Oligurie
	Husten
	Feuchtkalte Haut
	Veränderungen der Hautfarbe

3.1.6) Clinical Validation of the Nursing Diagnosis of Impaired Tissue Integrity and Impaired Skin Integrity in Patients subjected to Cardiac Catheterization (Paganin & Rabelo 2012)

Forschungsziel:

Das Ziel dieser Studie war die klinische Validierung der Pflegediagnosen „Gewebschädigung“ und „Hautschädigung“ in Bezug auf PatientInnen, bei denen ein Herzkatheter zur diagnostischen oder Untersuchungszwecken durchgeführt wurde.. Außerdem wurden akuter Schmerz, Hämatom, Blutung, Rötung und Wärme als alternative bestimmende Merkmale für beide Pflegediagnosen validiert. Diese beiden Pflegediagnosen wurden gewählt, da sie häufig bei PatientInnen auf einer kardiologischen Station gestellt werden (Paganin & Rabelo 2012)

Methode:

Bei dieser Querschnittstudie wurde das CVD Modell nach Richard Fehring angewandt. Die Stichprobe bestand aus insgesamt 250 PatientInnen über 18 Jahre, bei denen zu diagnostischen oder Untersuchungszwecken ein Herzkatheter über die Arteria Femoralis gelegt wurde. Durch statistische Berechnungen wurde eine Stichprobengröße von mindestens 243 Personen angepeilt. Die Einschätzung der PatientInnen erfolgte durch zwei Pflegepersonen, die adäquate Erfahrungen in der Arbeit mit dieser PatientInnengruppe hatten und Forschungsergebnisse zum Thema Pflegediagnosen in der Kardiologie publizierten. Zur Datenerhebung wurde ein Instrument entwickelt, welches die bestimmenden Merkmale beider Pflegediagnosen der NANDA International, sowie alternative Merkmale enthielt. (Tabelle 10) Diese wurden im

Vorhinein klar definiert. Die Pflegenden hatten die Aufgabe, das Auftreten oder Fehlen jedes dieser Merkmale zu beurteilen. Um die PatientInnen hinsichtlich dem Faktor Schmerz zu beurteilen, wurden sie mit Hilfe der linearen Schmerzskala nach Dal Molin befragt. (Paganin & Rabelo 2012)

Tabelle 10: Die bewerteten Merkmale der Pflegediagnosen Gewebsschädigung und Hautschädigung

Pflegediagnosen der NANDA	Alternative Merkmale
Gewebsschädigung	akuter Schmerz Blutung
Beschädigtes Gewebe	Hämatom
	Rötung
Hautschädigung	Wärme
Zerstörte Hautschichten	
Schädigung der Hautoberfläche	
Eindringen in Körperstrukturen	

Die Beurteilungen wurden innerhalb der zweiten und dritten Stunde nach dem Entfernen des arteriellen Katheters durchgeführt. Vor dem Beginn der Studie wurde eine Pilotstudie durchgeführt, um den Prozess der Datenerhebung zu überprüfen. Außerdem wurden das Instrument zur Datenerhebung, und die Methode um an PatrizipantInnen zu gelangen, überprüft. Die Datenerhebung erfolgte von November 2010 bis November 2011. Um die gewonnen Daten auszuwerten, wurde das Statistikprogramm SPSS genutzt. Die Berechnungen der Urteilsübereinstimmungen (R) der einzelnen Merkmale wurden mit Hilfe der Formel des CDV Modells nach Richard Fehring durchgeführt. Um Zustimmung der Wichtigkeit der Merkmale aufzuzeigen, wurde der Kappa Koeffizient berechnet. Alle alternativen Merkmale erreichten einen Wert von R ist kleiner/gleich 0.50 aufgrund der Berechnungen nach Richard Fehring und wurden somit als nicht repräsentativ eingestuft. In Bezug auf den Kappa Koeffizienten erreichten sie jedoch große Zustimmung. (Paganin & Rabelo 2012) Die Bewertungen dieser Merkmale werden in Tabelle 11 ersichtlich:

Tabelle 11: Die Bewertungen der alternativen Merkmale der Pflegediagnosen Gewebsschädigung und Hautschädigung

Merkmale	R	Kappa Koeffizient	Auftreten in %
Akuter Schmerz	0,19	0,89	19
Hämatom	0,04	1	9,4
Blutung	0,03	1	7,3
Rötung	0,02	1	5,2
Wärme	0,01	1	2,1

Das Fazit dieser Studie ist, dass die Pflegediagnosen „Gewebsschädigung“ und „Hautschädigung“ der NANDA International als valide eingestuft wurden, weil die bestimmenden Merkmale einen Wert $R < 0,50$ erreichten. Aufgrund dessen können sie im klinischen Setting angewandt werden. Dennoch sollte überprüft werden, ob die alternativen Merkmale Akuter Schmerz, Hämatom, Blutung, Rötung und Wärme als beeinflussende Faktoren hinzugefügt werden sollten. (Paganin & Rabelo 2012)

Pflegediagnose Gewebsschädigung (00044):

Definition:

„Schädigung der Schleimhaut, der Hornhaut, der Haut oder des subkutanen Gewebes“. (NANDA International 2009-2011, S. 322)

Pflegediagnose Hautschädigung (00046):

Definition:

„Veränderte Epidermis (Oberhaut) und/oder Dermis (Lederhaut)“. (NANDA International 2009-2011, S. 323)

Diese beiden Pflegediagnosen wurden im Hinblick auf PatientInnen validiert, die zu diagnostischen oder therapeutischen Zwecken einem Herzkatheter unterzogen wurden. Ein Merkmal der Pflegediagnose „Gewebsschädigung“ erreichte einen Wert R größer/gleich 0.80 und wurde somit als bedeutend eingestuft. Das zweite Merkmal erreichte keinerlei Zustimmung,

weswegen es als nicht repräsentativ eingestuft wurde. Von den bestimmenden Merkmalen der Pflegediagnose „Hautschädigung“ erreichten zwei einen Wert R größer/gleich 0.80 und wurden als bedeutend bewertet. Auch hier erreichte ein Merkmal keine Zustimmung und wurde als nicht repräsentativ eingeschätzt. (Paganin & Rabelo 2012) In den Tabellen 12 und 13 werden diese Ergebnisse dargestellt.

Tabelle 12: Bewertungen der bestimmenden Merkmale der Pflegediagnose Gewebsschädigung

Pflegediagnose Gewebsschädigung		
Bedeutend ($R \geq 0.80$)	R	Kappa Koeffizient
Beschädigtes Gewebe	1	1
Nicht repräsentativ ($R \leq 0.50$)		
Zerstörtes Gewebe	-	-

Tabelle 13: Bewertungen der bestimmenden Merkmale der Pflegediagnose Hautschädigung

Pflegediagnose Hautschädigung		
Bedeutend ($R \geq 0.80$)	R	Kappa Koeffizient
Eindringen in Körperstrukturen	1	1
Schädigung der Hautoberfläche	1	1
Nicht repräsentativ ($R \leq 0.50$)		
Zerstörte Hautschichten	-	-

Bei allen Studien, die hier beschrieben wurden, wurde zur Validierung der einzelnen Pflegediagnosen ein Modell nach Richard Fehring angewandt. Insgesamt kam drei Mal das Diagnostic Content Validation (DCV) Modell, und drei Mal das Clinical Validation (CVD) Modell zum Einsatz. Bei keiner einzigen Studie wurde das Differential Diagnostic Validation (DDV) Modell verwendet.

4) Schlussfolgerung

Das Ziel dieser Arbeit war es, die Methoden und Ergebnisse aktueller Validierungsstudien hinsichtlich Pflegediagnosen aufzuzeigen.

Bei der Validierungsstudie von Gurková, Žiaková & Čáp (2011) wurde mit Hilfe des DCV Modells nach Richard Fehring die Pflegediagnose „Hoffnungslosigkeit“ überprüft. Die Diagnose der NANDA International wurde als nicht valide eingestuft, da der Großteil der bestimmenden Merkmale als nicht bedeutend bewertet wurde. Außerdem erreichten die alternativen Merkmale der Nowotny Hope Scale eine sehr gute Bewertung.

Die Pflegediagnose „akuter Schmerz“ wurde von Zeleníková et al. (2014) unter Anwendung des DCV Modells nach Richard Fehring validiert. Das Ergebnis zeigt, dass die Diagnose der NANDA International valide ist. Dennoch sollte die Liste überarbeitet und verkleinert werden.

Um die Pflegediagnose „beeinträchtigte Gedächtnisleistung“ der NANDA International 2006 zu validieren, verwendeten Brandaõ Chaves, Bottura Leite de Barros & Marini (2010) ebenso das DCV Modell nach Richard Fehring. Dieses wurde adaptiert, um das Forschungsziel zu erreichen. Die Pflegediagnose und deren Definition wurden als valide bewertet. Zusätzlich wurde herausgefunden, dass das „Altern“ als beeinflussender Faktor hinzugefügt werden sollte.

Die Validität der Pflegediagnose „Aktivitätsintoleranz“ wurde von Garcia Rodrigues et al. (2011) unter Anwendung des CVD Modells überprüft. Herausgefunden wurde, dass die Diagnose der NANDA International im Hinblick auf PatientInnen, die unter einer stabilen Angina pectoris leiden, valide ist.

Bei der Studie von Soares Martins, Aliti & Rabelo (2010) wurde die Pflegediagnose „verminderte Herzleistung“ validiert. Dabei wurde das CVD Modell nach Richard Fehring angewandt. Das Ergebnis zeigte, dass die Pflegediagnose in diesem Kontext valide ist.

Um die Pflegediagnosen „Gewebsschädigung“ und „Hautschädigung“ in Bezug auf PatientInnen, bei denen ein Herzkatheter zur diagnostischen oder Untersuchungszwecken durchgeführt wurde, zu beurteilen, wurde von Paganin & Rabelo (2012) auch das CVD Modell nach Richard Fehring angewandt. Die Ergebnisse zeigen, dass beide Diagnosen der NANDA International valide sind.

Zusammenfassend ist zu erwähnen, dass bei den inkludierten Studien drei Mal das DCV Modell und ebenso oft das CVD Modell angewandt wurde. Folgende Pflegediagnosen wurden mit Hilfe des DCV Modells validiert: Hoffnungslosigkeit, akuter Schmerz und beeinträchtigte

Gedächtnisleistung. Alle außer der Diagnose Hoffnungslosigkeit wurden als valide eingestuft. Die Pflegediagnosen Aktivitätsintoleranz, verminderte Herzleistung, sowie Gewebsschädigung und Hautschädigung wurden unter Anwendung des CDV Modells validiert. Diese Diagnosen wurden als valide bewertet.

5) Diskussion & Ausblick

Die Studien sind untereinander bezüglich der Methoden zur Validierung der Pflegediagnosen gut vergleichbar.

Um die Pflegediagnose „Hoffnungslosigkeit“ zu validieren, wurde das DCV Modell verwendet. Dieses wird aber nicht genau beschrieben. Es werden nur die einzelnen Schritte, adaptiert für diese Studie, aufgezeigt. Positiv zu erwähnen ist die große Stichprobe und deren Heterogenität. Die PartizipantInnen waren aus zwei verschiedenen Ländern und arbeiteten in vielen, unterschiedlichen Bereichen der Pflege. Es wurde auch darauf geachtet, dass die PartizipantInnen mindestens auf Hochschulebene ausgebildet waren, und angemessene Erfahrung in der Arbeit mit Hoffnungslosigkeit hatten. Es wurden jedoch keine genauen Kriterien hinsichtlich der Ausbildung angegeben. Außerdem wurden keine Ein- und Ausschlusskriterien definiert. Das Vorgehen bei der Stichprobenziehung wurde im Allgemeinen eher ungenau beschreiben. Um die bestimmenden Merkmale zu validieren, wurden neben denen der NANDA auch welche der Nowotny Hope Scale herangezogen. Hier ist kritisch anzumerken, dass diese Skala nicht beschrieben wurde, sondern nur deren Merkmale angeführt wurden. Zur Datenerhebung wurden insgesamt 200 Fragebögen ausgeteilt. Dies entspricht eindeutig der Empfehlung zur Stichprobengröße bei der Anwendung dieses Modells. (Fehring R. 1986) Es wurden 88 Bögen retourniert, was einer Rücklaufquote von weniger als 50% entspricht. Der Zeitraum, indem die Daten erhoben wurden, wurde nicht angegeben. Die Ergebnisse wurden übersichtlich und gut verständlich dargestellt. Es wurden auch Verhältnisse zwischen den bestimmenden Merkmalen angegeben. Dies war jedoch nicht Ziel oder Inhalt der Forschungsfrage der Studie. Die Ergebnisse sind repräsentativ für die Bevölkerung in Tschechien und der Slowakei, jedoch lassen sie sich international nicht ohne Einschränkungen übertragen, da diese Bevölkerungsgruppe womöglich andere Empfindungen vorweist, als zum Beispiel Menschen aus Südamerika oder Asien.

Zur Validierung der Pflegediagnose „akuter Schmerz“ wurde ebenfalls das DCV Modell angewandt. Es ist anzumerken, dass die Methode dieser Studie allgemein sehr genau beschreiben

wurde. Die Ziehung der Stichprobe ist gut nachvollziehbar und weist eine große Anzahl an PartizipantInnen auf, die jedoch nicht randomisiert ausgewählt wurden. Außerdem besteht die Stichprobe aus einer heterogenen Gruppe. Die Größe der Stichprobe entspricht mit einer sehr großen Anzahl von PartizipantInnen den Vorgaben für das DCV Modell, wodurch die Studie an Repräsentativität gewinnt. (Fehring R. 1986) Kritisch zu bemerken ist, dass das Ergebnis durch die bessere Bildung der tschechischen PartizipantInnen eventuell beeinflusst wurde. Ein weiterer beeinflussender Faktor ist dadurch aufgekommen, dass die erhobenen Daten auf Erinnerungen der ExpertInnen beruhen. Auch bei dieser Studie ist die internationale Anwendbarkeit nicht ohne Einschränkungen gegeben, da gerade das Schmerzempfinden von Kultur zu Kultur sehr unterschiedlich ist.

Bei der dritten Studie, bei der das DCV Modell zur Anwendung kam, wurde die Pflegediagnose „beeinträchtigte Gedächtnisleistung“ validiert. Bei der Stichprobenziehung wurde sehr darauf geachtet, Personen mit vielen Punkten nach den Auswahlkriterien von Richard Fehring zu inkludieren. Jedoch handelt es sich um ein sehr kleines Sample. Es wurden nur 20 PflegeexpertInnen inkludiert, wovon nur 18 den Fragebogen retournierten. Dies ist im Vergleich zu den anderen Studien, bei denen das DCV Modell verwendet wurde, eine geringe Anzahl. Bei der Anwendung dieser Methode eine Stichprobengröße von 25- 50 Personen angeraten. (Fehring R. 1986) Aufgrund dessen ist es möglich, dass die Ergebnisse weniger repräsentativ, und nicht auf die Population umzulegen sind.

Diese drei Studien lassen sich aufgrund der ähnlichen methodischen Vorgehensweise gut miteinander vergleichen. Auffällig ist, dass die Studien, in denen die Pflegediagnosen Hoffnungslosigkeit und akuter Schmerz validiert wurden, eine deutlich höhere Stichprobe aufweisen. Dadurch sind diese Ergebnisse repräsentativer, als jenes der dritten Studie.

Bei einer der Studien, bei denen das CVD Modell angewandt wurde, war das Ziel die Validierung der Pflegediagnose „Aktivitätsintoleranz“ im Hinblick auf PatientInnen, die an einer stabilen Angina pectoris leiden. Die beiden Expertinnen, die die PatientInnen beobachteten, wiesen eine hohe Punkteanzahl in den Auswahlkriterien nach Richard Fehring auf. Deshalb kann davon ausgegangen werden, dass die Einschätzung von guter Qualität war. Kritisch anzumerken ist, dass die Studie eine kleine Stichprobengröße aufweist und zu 90,9% aus Männern bestand. Außerdem ist die Stichprobe an sich sehr homogen, was auch als Limitation der Studie angegeben wird. Dadurch sind die Ergebnisse nur auf eine sehr kleine Population mit ganz bestimmten Eigenschaften anwendbar. Für die Datenerhebung wurde ein eigenes Instrument entwickelt, welches nur ansatzweise beschrieben wird. Es wurden hier auch der MET- Score und das Naughton Protocol verwendet. Jedoch wurden diese nicht erklärt, wodurch die erhobenen

Daten wenig nachvollziehbar sind. Auch wenn die Ergebnisse dieser Studie bedeuten, dass die Pflegediagnose „Aktivitätsintoleranz“ in diesem Kontext als valide bezeichnet werden kann, so gilt dies eben nur für eine sehr kleine Population. Deshalb können die Ergebnisse nicht auf die Gesamtpopulation umgelegt werden.

Bei der zweiten Studie, bei der das CVD Modell verwendet wurde, sollte die Validität der Pflegediagnose „verminderte Herzleistung“ validiert werden. Da dies nur im Hinblick auf PatientInnen mit dekompensierender Herzinsuffizienz geschah, ist auch hier das Ergebnis nur auf eine kleine Population übertragbar. Die durchgeführten Schritte wurden genau beschrieben und sind somit gut nachvollziehbar. Relativ ungenau wurde das Instrument zur Datenerhebung erklärt. Hier ist kritisch anzumerken, dass die Boston Criteria und die Einschätzung der Stadien der Herzinsuffizienz nicht dargelegt wurden. Um eine passende Stichprobe zu erreichen, wurden genau Ein- und Ausschlusskriterien definiert. Dadurch wurde eine sehr hohe Anzahl von 182 PatientInnen (ursprünglich 211), exkludiert. Aufgrund dessen konnte keine hohe Stichprobengröße erreicht werden, wodurch die Repräsentativität der Ergebnisse der Studie zu hinterfragen ist. Außerdem wurden Ergebnisse dargestellt, die nicht Teil der Forschungsfrage beziehungsweise des Forschungsziels waren. Die Ergebnisse gelten allgemein nur für eine kleine Population mit bestimmten Merkmalen. Außerdem wird nicht dezidiert angegeben, ob die Pflegediagnose „verminderte Herzleistung“ nun valide ist oder nicht.

Auch die Pflegediagnosen „Gewebschädigung“ und „Hautschädigung“ wurden mit dem CVD Modell nach Richard Fehring validiert. Die Studie weist eine sehr große und heterogene Stichprobe auf. Dies wird bei der Anwendung dieses Modells auch empfohlen, um repräsentative Ergebnisse zu erhalten. (Fehring R. 1987) Das Instrument, welches zur Erhebung der beobachteten Merkmale diente, wurde sehr genau beschrieben und sogar im Vorhinein in Bezug auf seine Messfähigkeit getestet. Dies ist ein Gütekriterium bei Studien, in denen ein Messinstrument zum Einsatz kommt. (Polit & Beck 2012) Des Weiteren ist positiv zu erwähnen, dass eine Pilotstudie durchgeführt wurde, um sicherzustellen, dass die Methode der Datenerhebung sicher und zuverlässig ist. Anzumerken ist, dass die alternativen Merkmale zwar eine große Zustimmung der ExperInnen erhielten, aber nach den Kriterien als nicht valide eingestuft wurden. Die Ergebnisse dieser Studie können als repräsentativ eingestuft werden und sind aufgrund des großen, heterogenen Samples auch international übertragbar.

Auch diese drei Studien lassen sich hinsichtlich der Methode gut vergleichen. Ein eklatanter Unterschied besteht in der Größe und Beschaffenheit der Stichprobe.

Ausblick:

Bei der Literaturrecherche zu dieser Arbeit wurde keine einzige Studie aus dem mitteleuropäischen Raum gefunden, die das Ziel hatte eine Pflegediagnose zu validieren. Deshalb ist eine Empfehlung für die Forschung, dass diese Art von Studien verstärkt in Mitteleuropa durchgeführt werden sollte. Speziell die Ergebnisse der Validierung einer Pflegediagnose im deutschsprachigen Raum wären von großem Interesse.

Für die Praxis leitet sich die Empfehlung ab, dass Pflegende beim Gebrauch von Pflegediagnosen die Definitionen, bestimmenden Merkmale und beeinflussenden Faktoren kritisch betrachten sollten. Wenn sich in der Pflegepraxis herausstellt, dass eine Pflegediagnose nicht widerspiegelt, was bei den Patienten und Patientinnen beobachtet wird, könnten die Pflegenden den Kontakt zu PflegeexpertInnen suchen und um die Überprüfung dieser Diagnosen bitten.

6) Limitationen

Eine Schwäche dieser Arbeit ist, dass nur in den zwei Datenbanken PubMed und CINAHL nach passender Literatur gesucht wurde.

Außerdem wurden nach der kritischen Bewertung lediglich sechs Studien inkludiert und deren Ergebnisse präsentiert. Diese Studien weisen teilweise selbst Schwächen auf.

7) Literaturverzeichnis

Brandão Chaves, E, Bottura Leite de Barros, AL & Marini, M 2010, „Aging as a Related Factor of the nursing Diagnosis Impaired Memory: Content Validation”, *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, vol. 21, no. 1.

Craft-Rosenberg, M, Smith, K 2009, „Pflegediagnosen in der Ausbildung“, in NANDA International (Hrsg.), *Pflegediagnosen, Definitionen und Klassifikation 2009-2011*, 1. Auflage, Recom GmbH & Co. Kg, Kassel, S .47-50

Creason, NS 2004, „A Second Look, Clinical Validation of Nursing Diagnoses”, *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, vol. 15, no. 4.

Davies, B & Logan, J 2008, *Quantitative Research, The Reader's Companion Worksheet*, http://www.elseviercanada.com/ReadingResearch/Quantitative_Research.pdf, (16.02.2015).

Fehring, R 1987, „Methods to Validate Nursing Diagnoses”, *Heart & Lung*, vol.16, no. 6.

Fehring, R 1986, „Validating diagnostic labels: standardized methodology”, in Hurley M. (Hrsg.), *Classification of nursing diagnoses: proceedings of the Sixth Conference*, Mosby, St. Louis

Fehring, R 1994, „The Fehring Modell”, in Carroll-Johnson, R. M. & Paquette, M. (Hrsg), *Classification of Nursing Diagnoses: Proceeding of the tenth conference*, Lippincott, Philadelphia

Garcia Rodrigues, C, Spec, RN, Moraes, MA, Messer Sauer, J, Karam Kalil, RA, Nogueira de Souza, E 2011, „Nursing Diagnosis of Activity Intolerance: Clinical Validation in Patients with Refractory Angina”, *International Journal of Nursing Terminologies and Classification*, vol. 23, no.

Georg, J, Abderhalden, C 2014, „4. Pflegediagnosen – Gegenstand und Hintergründe“, in Müller Staub, M. (Hrsg.), *Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen*, 5., überarbeitete und erweiterte Auflage, Verlag Hans Huber, Bern.

Gurková, E, Žiaková, K & Čáp, J 2011, „Content Validation of Hopelessness in Slovakia and Czech Republic”, *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, vol. 22, no. 1.

Lunney, M 2009, „Assessment, klinisches Urteil und Pflegediagnosen: Wie man genaue Pflegediagnosen bestimmt“, in NANDA International (Hrsg.), *Pflegediagnosen, Definitionen und Klassifikation 2009-2011*, 1. Auflage, Recom GmbH & Co. Kg, Kassel, S. 24-37.

Lunney, M 2009, „Pflegediagnosen und Forschung“, in NANDA International (Hrsg.), *Pflegediagnosen, Definitionen und Klassifikation 2009-2011*, 1. Auflage, Recom GmbH & Co. Kg, Kassel, S. 55-58.

Martins Soares, QC, Aliti G & Rabelo, ER 2010, „Decreased Cardiac Output: Clinical Validation in Patients With Decompensated Heart Failure“, *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, vol. 21, no. 4.

NANDA International 2015, *About Us/History*, <http://www.nanda.org/nanda-international-history.html>, (20.03.2015)

Paganin, A & Rabelo, ER 2012, „Clinical validation of the nursing diagnosis of Impaired Tissue Integrity and Impaired Skin Integrity in patients subjected to cardiac catheterization“, *Journal of Advanced Nursing*, Volume 69, No. 6

Polit, DF & Beck, CT 2012, *Nursing Research –Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, 9th Edition, Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia.

Scroggins, LM 2009, „Der Entwicklung einer angenommenen NANDA-I-Pflegediagnose“, in NANDA International (Hrsg.), *Pflegediagnosen, Definitionen und Klassifikation 2009-2011*, 1. Auflage, Recom GmbH & Co. Kg, Kassel, S. 55-58.

Zeleníková, R, Žiaková, K, Čáp, J, Jarošová, D 2014, „Content Validation of the Nursing Diagnosis Acute Pain in the Czech Republic and Slovakia“, *International Journal of Nursing Knowledge*, vol. 25, no. 4.