

「アセスメントにおける看護師の思考過程に関する研究」

弘前大学大学院保健学研究科保健学専攻

提出者氏名： 三 上 佳 澄

所 属： 健康支援科学領域 健康増進科学分野

指導教員： 西 沢 義 子

目次

略語一覽	2
序 論.....	3
方 法.....	7
結 果.....	11
考 察.....	27
結 語.....	34
謝 辭.....	35
引用文献	36
英文要旨	40

略語一覧

I.C : インフォームドコンセント(Informed consent)

PCA : 患者自己鎮痛法(Patient Controlled Analgesia)

CRP : C反応性たんぱく(C-reactive protein)

Epi : 硬膜外麻酔(epidural anaesthesia)

序 論

看護者は対象者に適切な看護ケアを提供するために、対象者の看護問題を明確にし、それに適した看護を導き出す必要がある。看護過程とは個別的な看護ケアを個人や集団に対して組織的・系統的に提供する方法であり、情報収集・アセスメント、看護診断、看護計画立案、実施、評価の段階があり、より適切な看護ケア提供のためにこれらの段階を繰り返し行っている。看護過程は Yura, H., & Walsh, M. B.¹⁾らによって 1967 年に提唱され、その後問題解決のための過程として急速に広まり、1981 年にはアメリカ看護協会で 6 段階の看護過程が誕生した。

アセスメントは患者の情報を収集し分析を行い、患者がどのような看護問題や強みを持っているかを知る²⁾という段階である。また Alfalo³⁾は看護ケアプランの全体の方向性は、もれのない正確なアセスメントにかかっていると述べている。アセスメントは目的的であり、患者の状況によってアセスメントの視点を変える必要があり、また目的に応じた関連のある情報収集をし、系統的かつ包括的なアセスメントをすることで正確性が増すとされる。よってアセスメントは患者のニーズを明らかにし、よりよい看護ケアを提供するためには非常に重要である。

現在の医療現場は入院期間が短く、入院時に早急に看護過程を展開する必要がある。さらに周手術期の患者の場合には手術侵襲によって生じる身体的、精神的負担が大きく、身体的変化も急速である。看護者はその時々々の患者の状態を即座に把握し、アセスメントすることが求められる。

現在の日本は 65 歳以上の高齢者人口が 3186 万人(平成 25 年 9 月 15 日現在推計)であり、総人口に占める割合が 25%となり⁴⁾、超高齢社会となった。高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制(地域包括ケアシステム)の構築が推進される⁵⁾など、看護を提供する場がこれまで以上に医療現場だけでなく、家庭や地域に移行している。周手術期における看護ケアは対象

者の早期回復とその人らしく日常生活を過ごすことができるための支援であり、非常に重要である。看護の対象者が安寧に暮らすためには看護者の役割は非常に大きく、看護者自身が対象者のリスクなどを状況に応じて判断することが求められることから看護者のアセスメント能力のさらなる向上は必須である。

アセスメントに関する先行研究では、疼痛に対するアセスメントをどのように行っているかを質的に明らかにしているもの⁶⁾、入院時の情報収集のパターンを明らかにしているもの⁷⁾、熟練看護師の患者指導におけるアセスメントについて⁸⁾などがある。また看護師の臨床判断については、臨床判断のプロセスを参加観察と面接法を用いて明らかにしているもの^{9,10)}、精神科病棟看護師の臨床判断について¹¹⁾、看護師の臨床判断決定時の情報源について¹²⁾、トリアージする際の看護師の判断に関する検討^{13,14)}、急性期にある患者に関わる看護師の臨床判断決定時の認識について¹⁵⁾などがある。またこれらの多くの研究で用いられている手法は、看護者にこれまでの看護場面を振り返らせ、その時どのように考えていたのかをインタビューするという **think-aloud** の方法を用いて明らかにしている^{16,17)}。このように看護者のアセスメントは情報収集の方法、あるいは疼痛という患者の主観的表現で表され、看護者にとって判断が困難な情報などについての検証がなされ、臨床判断についてはこれまでの看護場面を振り返り、臨床判断時の思考、概念についての検証がなされている。しかしながら看護場面における患者の情報からどのようにアセスメントし、看護問題や強みを明確にしているのかというアセスメントの一連の流れに沿った看護者の思考の特徴、過程を明らかにしている研究は少ない。

思考過程とは何らかの問題を解決する認知過程である。また問題解決は現状と目標との間に何らかの障害があるとき、目標に到達する方法を見出すこと¹⁸⁾をいい、看護過程は問題解決型思考を基盤にしている¹⁹⁾とされる。問題解決の過程は情報処理の過程を用いて説明が可能であり、さまざまな情報を符号化し、それを解釈するプロセスである情報処理アプローチを用いて明らかにできる。しかしながら情報処理のプロセスを実際に観察することが困難であることから、入力された情報と出力された結果から思考過程を推測することが可能であると

されている²⁰⁾。よって本研究ではアセスメントを情報処理のプロセスと捉え、入力された情報を患者情報、アセスメントした結果である看護問題と強みを出力された結果とし、看護者の思考過程を推察し明らかにしていく。

本研究ではアセスメントを情報処理のプロセスと捉えたことから、アセスメントに影響を及ぼす要因として情報処理様式である認知スタイルに着目する。認知スタイルは情報を処理し、体制化する方法に関しての個人の一貫した傾向のことをいい、個人が知覚・記憶・思考を必要とする場面において情報をどのように受容して処理するかの情報処理様式²¹⁾とされる。看護者は刻々と変化する患者の状態を瞬時に把握し、ケアを展開していかなければならないことから認知的テンポの個人差である熟慮型—衝動型の認知スタイルを取り上げる。

熟慮型の認知スタイルは、多くの情報の中からいくつかの仮説を生成し、それらの1つ1つを検証していく²²⁾とされ、詳細な情報処理を得意とする。一方、衝動型は大まかな情報処理を得意としているなどの個人の情報処理の仕方の差異がある。また熟慮型は課題解決の反応時間が長く誤答数が少ない、衝動型は反応時間が短く誤答数が多いなどの課題解決のスピードの差異もある。よって、患者情報を解釈する過程である看護者のアセスメントに対し、熟慮型—衝動型の認知スタイルが影響するのではないかと考えられた。

従来、衝動型—熟慮型認知スタイルは子供を対象として研究されており、子供の言語による回答の信頼性が低いため、その測定にはMFFテスト(同画探索検査)という図版課題を用いている。しかしながら成人を対象とした研究で図版課題を用いた場合、時間を要すること、また言語報告の信頼が高いことから、成人を対象とした本尺度が開発された。よって本研究には図版を用いるMFFテストよりも簡易的かつ信頼性の検証がなされている尺度を用いて衝動型—熟慮型認知スタイルを測定することとした。

本研究では看護者のアセスメントにペーパーペイシエントを用いた。ペーパーペイシエントとは実際の患者(療養者)・家族の情報をペーパーに移しかえたものであり、事例に潜む複雑な因果関係の理解と問題解決能力を身につけるためにじっくりと取り組める²³⁾とされる。ペーパーペイシエントは看護教育におい

て、患者の総理解や論理的思考能力育成のために活用されている。またペーパーペイシエントは実際の患者を対象としていないことから倫理的配慮ができ、対象者が患者背景を容易に想像できるとされ、本研究には適していると考えられる。

以上のことから本研究では、情報を解釈し看護問題、強みの明確化までを看護過程における看護者のアセスメントとした。そのアセスメントを情報処理のプロセスと捉え、入力された情報を患者情報、出力された結果を看護問題と強みとした。またそのプロセスには年齢や看護師経験年数、認知スタイル等の看護者の特性が影響するものと考えられる。図1には本研究の研究枠組みを示した。

本研究の目的は、看護者が選択した患者情報と看護問題と強みを明らかにし、その思考の特徴を明らかにすること、根拠とした患者情報をどのように解釈したのか、その思考過程を明らかにすることの2点とした。

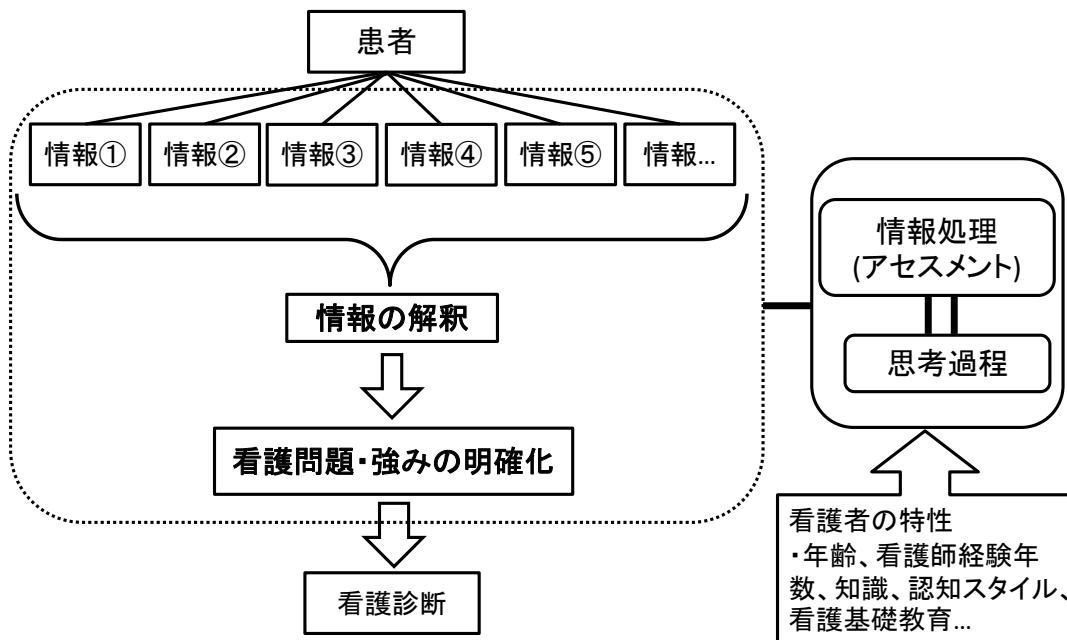


図1 本研究の枠組み

方 法

1. 対象者

A 県内総合病院 2 施設の外科病棟に勤務する看護師約 20 名である。

2. 研究方法

看護師の属性には質問紙法、アセスメントに関する調査には質問紙法と面接法を用いた。

3. 調査期間

2013 年 9 月～2014 年 2 月である。

4. 調査内容

(1) 看護師の属性について

質問紙調査で看護師の年齢、性別、看護師経験年数、外科病棟勤務年数、勤務病棟の診療科等を質問した。

(2) 認知スタイルの測定

認知スタイルの測定には、認知的熟慮性—衝動性尺度²⁴⁾ (滝間・坂元, 1991) を用いた。この尺度は 10 項目で構成され、あてはまる(4 点)～あてはまらない(1 点)の 4 段階で評価する。全項目の合計得点を尺度得点とし、尺度得点が高いほど熟慮性が高いと判断される。本尺度の α 係数 0.767～0.842 であり、再検査信頼性も $r=0.827$ と信頼性は既に検討されている。本研究のクロンバックの α 係数は 0.830 であった。認知スタイルの分類は尺度得点の中央値を算出し、中央値より得点の低い者を衝動型、高い者を熟慮型とした。本研究の尺度得点は 15～36 点、中央値は 26 点であった。

(3) 看護師のアセスメントについて

質問紙調査で構成される。質問紙調査にはペーパーペイシエント 1 事例を用いた。事例は性別、年齢、病名、検査データ、家族構成、術式、バイタルサインなどの患者情報を入院時から術後 1 日目までの経過に沿って記載している。事例は直腸癌と診断され手術目的で入院した糖尿病を有する 50 歳代男性である。

日本における大腸癌の有病率は胃がんについて第2位と高い²⁵⁾。術後の経過が良好であるが、糖尿病などの他疾患を有していることや喫煙があることなど、術後管理に影響を及ぼすと考えられる情報を盛り込み、情報を複雑化している。しかしながら看護師が事例から患者状態を考えられるように状況設定する必要があることから術前、術中、術後の情報が網羅されているか、周手術期の流れから不自然な点がないかなどを慎重に確認し、よりリアリティのある事例となるようにした。また2名の周手術期看護を専門とする研究者にスーパーバイズを受け、事例を作成した。事例の詳細は表1に示した。

協力を依頼した施設の看護部長に研究の趣旨、方法等を説明し承諾を得た後、協力可能な看護師の選出を依頼し、研究協力が得られた看護師を対象に実施した。次にアセスメントに関する調査を行った。対象者に対してペーパーペイシェントの受持ち看護師であると考え、提示された患者情報からアセスメントするように教示を与えた。質問項目は「その患者さんの看護問題と強みを考え、考えた順に全てを記載してください」、「記載したものが看護問題であればa、強みであればbを所定の空欄に記載してください」、「考えた患者さんの看護問題と強みの根拠となった患者情報を記載してください」である。次に面接調査を実施した。質問は「事例から明確化した看護問題もしくは強みの根拠となった患者情報についてお聞きします。この看護問題(もしくは強み)で根拠とした患者情報をどのように解釈しましたか」である。この質問項目は対象者が記述した看護問題、強み毎に実施した。面接調査の内容は対象者の同意を得てICレコーダーで録音した。面接は研究協力施設内にある対象者のプライバシーが保護される場所を借用して実施した。調査時間は質問紙、面接調査を合わせて45分～80分程度であった。

表 1 本研究のペーパーペイシエント(抜粋)

O.Tさん 58歳 男性				
職業：会社員	診断名：直腸癌			
家族構成：妻(56歳)と2人暮らし。長男(28歳、既婚)、長女(25歳、独身)がおり、車で30~1時間の所に住んでいる。				
現病歴：半年まえから便が出にくく、2週間前に血液が混じったため、かかりつけ医を受診。直腸癌と診断された。今回手術目的で入院(初回入院)となった。肝転移がある。既往歴：糖尿病があり、かかりつけ医を定期的を受診。				
【入院までの経過】				
食事：だいたい決まった時間に3食摂取、食欲なくいつもの2/3程度。3ヶ月ほどで5kg体重減少				
排泄：2回/日、時々血液が混じる	睡眠：時間6~8時間			
喫煙：20本/日(30年間)、入院決定後から禁煙中	仕事：3週間の休み。その後は手術後に相談する予定			
飲酒：缶ビール2本/日	受け止め方：癌だと聞いた時はショックだったけど先生から手術ができると聞き、あとはまかせするしかない。			
【入院後の経過】				
バイタル：T36.4℃、P68回/分、BP140/72mmHg、R14回/分 呼吸器検査、心機能検査：正常 術前日までフェジン投与				
内服薬：ベイスンOD(0.3mg)毎食直前3錠分3、ノルバスク(5mg)朝食後1錠分1				
インセンティブスパイロメトリーは術前から行っている				
術前処置、オリエンテーションは予定通り終了し、「だいたいわかりました」と話す。				
術前日眠れないかもしれないと話していたが、翌朝「まあまあ寝た」と話す。				
妻の面会は毎日、長男は夜に1回、長女は2回きている。I.Cには妻と長男も同席した。				
術前データ				
27. TP 6.0g/dl	33. Ht 35%	39. Ca 8.9mEq/dl	45. HBs -	51. HDL 60mg/dl
28. Alb 3.0g/dl	34. Plt 28.6万/mm ³	40. Cl 98mEq/dl	46. HCV抗体 -	52. LDL 85mg/dl
29. T-Bil 0.1mg/dl	35. PT 12秒	41. BUN 14mg/dl	47. GOT 25IU/l	53. 尿蛋白 -
30. WBC 9600/mm ³	36. APTT 28秒	42. Cr 0.9mg/dl	48. GPT 28IU/l	54. 尿糖 +
31. RBC 290万/mm ³	37. Na 130mEq/dl	43. 空腹時血糖値 98mg/dl	49. γ-GTP 20IU/l	
32. Hb 8.2g/dl	38. K 4.0mEq/dl	44. HbA1c 6.00%	50. CRP 0.8mg/dl	
手術				
術式：腹腔鏡下低位前方切除術	入室8:30 退室15:10	手術時間：4時間45分		
麻酔時間：5時間15分	麻酔：全身麻酔+硬膜外麻酔	体位：砕石位		
水分出納：in2500ml, out1500ml(出血450ml、尿量1050ml)	BP:90~110台、HR:70台で経過、麻酔覚醒も良好だった。			
抜管後、痰の量が多く、吸引を行っている。	術後、胸部レントゲンで下肺が白くなっていた。			
【術後経過】				
バイタルサイン：T36.5~37.5℃、BP110~140/60~80mmHg、P60~70回/分、R10~12回/分				
SpO2:97~100%(3Lマスク) 呼吸音：右下弱い、痰がからむ。痰は淡黄色、粘稠性				
意識：JCS I-1 会話成立、指示動作可能 腸蠕動音：聴取不可				
創部：保護テープ上正中創に5mm×5mmの出血痕 ドレーン：ガーゼ上浸出はない。淡血性、20ml/h				
帰室時の血液データ				
100. TP 6.2g/dl	105. Ht 34%	110. Cl 105mEq/dl	115. SaO2 98Torr	
101. Alb 3.4g/dl	106. Plt 29.6万/mm ³	111. BUN 15mg/dl	116. PaCO2 36Torr	
102. WBC 12600/mm ³	107. Na 127mEq/dl	112. Cr 0.9mg/dl	117. pH 7.42	
103. RBC 212万/mm ³	108. K 4.2mEq/dl	113. CRP 2.6mg/dl	118. HCO3- 24mEq/L	
104. Hb 9.2g/dl	109. Ca 8.8mEq/dl	114. PaO2 97Torr	119. BE 0mEq/L	
疼痛があったが自分でPCA使用できず、看護師が使用する。PCA使用30分後入眠するが、その後眠れないと訴えあり、眠剤投与する。				
【術後1日目9時】				
バイタルサイン：T37.8℃、BP122/68mmHg、P76回/分、SpO297%(3Lカニューレ)				
医師より膀胱留置カテーテル抜去、歩行可、酸素中止の指示があった。				
ベッド上座位で気分不快なし、立位も可能であった。疼痛がありPCA使用し、腹部をおさえながらゆっくり歩行した。				
酸素投与を中止するとSpO294%まで低下、深呼吸を促し96%まで上昇する。痰がからむが、創痛があり喀痰ができない。				

5. 分析方法

事例の患者情報を端的に要約した。記述された看護問題と強みを関連のある項目、意味内容の同じ看護問題と強みに分類し、その分類の一致性を複数の研究者間で確認した。その後、分類した看護問題と強みごとに根拠とした患者情報を集計した。

患者情報の解釈については録音したインタビュー内容から逐語録を作成し、テキストマイニングソフト **SPSS Text Analytics for Surveys3** を用いて自然言語処理による言語解析を行った。テキストマイニングとは自然に書かれたテキストデータの中から分析者にとって意味のある語彙に着目し、出現頻度、品詞、類義語、派生語、共起語、係り受け、感性分析などの抽出された情報をもとにカテゴリを作り、統計・データマイニングの手法を使って解析することである²⁶⁾。よってテキストマイニングの手法は分析者の目的にかなった方法で多量のテキストデータを効率的、かつ客観的に分析することが可能であると考えられる。テキストマイニングソフトにより自動的にカテゴリー化された後、カテゴリー名、キーワード等を再検討し、よりの確なカテゴリー名となるよう一部を変更した。

6. 統計解析

SPSS Statistics 22 を使用し、看護師経験年数、外科病棟勤務年数等の比較には **un-paired t test**、**paired t test** 行った。有意確率は $p < 0.05$ とした。

7. 倫理的配慮

本研究は弘前大学大学院医学研究科倫理委員会の承認を得て実施した(整理番号：213-120)。対象者に研究の趣旨、方法、自由参加であること、研究参加を拒否しても不利益を受けないこと等について説明文書を用いて説明し、同意を得た上で実施した。

結 果

1. 対象者の属性

対象者の属性を表 2 に示した。平均年齢は 29.5 ± 6.07 歳、男性 3 名、女性 17 名であった。看護師としての看護師経験年数は 7.9 ± 6.40 年、外科病棟での外科病棟勤務年数は 5.1 ± 4.53 年であった。看護方式はプライマリー・ナーシング方式が最も多く、診療科は循環器外科、消化器外科が多かった。認知スタイルは衝動型が 9 名、熟慮型が 11 名であった。

表 2 対象者の属性 n=20

被験者の特性(年)	Mean±SD
年齢	29.5±6.07
看護師経験年数	7.9±6.40
外科病棟勤務年数	5.1±4.53
性別(人)	
男性	3
女性	17
看護方式(人)	
プライマリ・ナーシング	12
チームナーシング	6
受持ち方式	1
機能別看護方式	1
診療科(人)	
消化器外科	8
循環器外科	10
整形外科	1
甲状腺・乳腺	1
最終学歴(人)	
2年課程看護師養成所	3
3年課程看護師養成所	4
3年制短期大学	2
4年制大学	11
認知スタイル(人)	
衝動型	9
熟慮型	11

2. 看護問題

対象者 20 名が記述した全看護問題数は 93 個、平均 4.7 ± 1.82 個、1~8 個/人であった。全看護問題を分類した結果、記述された看護問題は 24 種類であった。

「肺合併症」は 16 名で最も多く、ついで「創痛」14 名、「不安」10 名、「創感染・治癒遅延」7 名、「転倒・転落リスク」6 名、「高血糖」、「感染リスク」が各 5 名であった。「排痰困難」、「低栄養」、「皮膚統合性リスク」は 3 名、「身体損傷リスク」、「不眠」、「疾患に対する認識」が 2 名、「貧血」、「経済問題」、「性格」、「便秘」、「循環状態」、「食事量低下」、「離床困難」、「混乱リスク」、「安楽障害」、「排痰促進と疼痛コントロール」が 1 名であった。半数以上の看護者が回答した「肺合併症」、「創痛」、「不安」に分類された看護問題名の内訳を表 3 に示した。「肺合併症」は“非効果的気道浄化”“肺炎”“肺合併症のリスク”“呼吸状態の悪化”など、「創痛」は“急性疼痛”“疼痛コントロール不良”など、「不安」は“手術に対する不安”“術後による不安”などであった。看護問題名には”~のリスク”や”~の可能性”などの潜在型の表記もみられた。

表3 半数以上の看護者が記述した看護問題名の内訳

看護問題	看護問題の内訳
肺合併症	非効果的気道浄化(4)
	術後肺合併症が起きる可能性がある
	op後の呼吸状態が悪そう
	呼吸状態の悪化
	術後呼吸器合併症のリスクが高い
	肺合併症のリスク
	呼吸器合併症のリスク
	術後の呼吸状態にリスクがある
	術後合併症…肺炎
	肺炎、術後合併症
	喫煙者であったためか、抜管後の痰量が多く、右下葉に無気肺を起こしていると思われる点
	自力で痰の喀出ができないことによる非効果的気道浄化
	酸素化不良
創痛	急性疼痛(2)
	創痛コントロールが不十分
	PCAをはずした後の疼痛コントロールが難しそう
	術後の疼痛
	創部痛
	疼痛コントロール不良の可能性
	手術による創部の急性疼痛
	疼痛コントロール不良
	創痛
	疼痛
	創痛、ドレーン挿入部痛
創痛による急性疼痛	
術後疼痛	
不安	手術に対する不安(3)
	初めての入院・オペで緊張や今後への不安がある
	不安がある
	術後治癒過程に対する不安
	手術や術後に対する不安
	予後に対する不安
	癌で手術をした後の術後の不安がある
術後による不安	

※()内の数値は複数回答数

3. 強み

記述された全強み数は 44 個、平均 2.2±1.39 個、0～6 個/人であった。全強みを分類した結果、強みは 10 種類であった。最も多く記述された強みは「家族の支援が得られる」が 19 名、ついで「社会復帰」が 4 名、「手術に対する認識」、「患者の理解力」、「早期離床」、「健康管理能力良好」、「術前身体評価」が 3 名、「退院の見通し」、「疼痛コントロール」が 2 名、「睡眠」が 1 名であった。半数以上の看護者が回答した強みは「家族の支援が得られる」のみであり、その強み名の内訳を表 4 に示した。「家族の支援が得られる」は“家族関係良好”“家族の協力が得られる”などであった。強みでも看護問題同様に“良好そう”などの潜在型の表記がみられた。

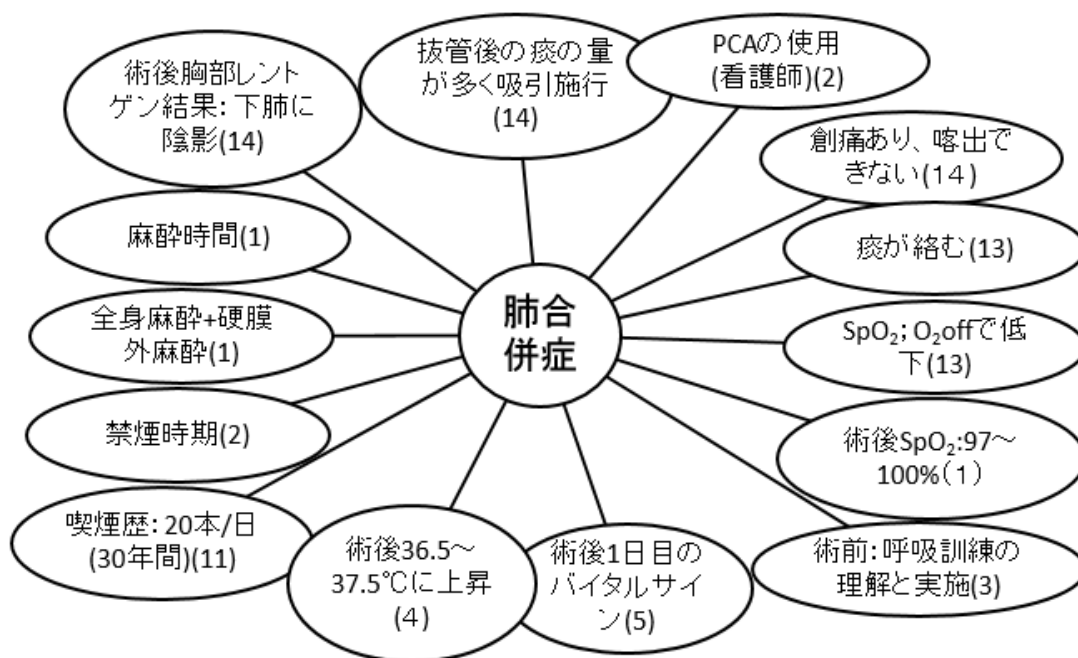
表 4 半数以上の看護者が記述した強み名の内訳

強み	強みの内訳
家族の支援 が得ら得る	家族関係良好 (6)
	家族の協力が得られる (2)
	家族関係が良好そう
	入院中の Family の支援体制がある
	家族からのサポートが受けられる
	家族の協力が得られている
	家族体制が良好
	家族のサポートが得られる
	家族関係は良い、協力は得られる
	家族は協力的
	初めての手術、入院で不安であったが、家族関係が良好
	家族背景は良好そう
	家族のサポート関係

※()内の数値は複数回答数

4. 根拠とした患者情報

看護者が記述した看護問題と強みのうち、半数以上の看護者が記述した「肺合併症」、「創痛」、「不安」、「家族の支援が得られる」についての根拠とした患者情報について述べる。()内には記述した人数を明記した。「肺合併症」で根拠とした患者情報の詳細を図2示した。「肺合併症」では“創痛あり、喀痰ができない”“抜管後の痰の量が多く、吸引施行”、“術後胸部レントゲン：下肺が白い”14名、“痰が絡む”が13名など痰に関する情報が多かった。レントゲン結果、吸引やPCAの使用などの看護介入についてや痰について、SpO₂について、術前の呼吸訓練のこと、術後のバイタルサイン、喫煙に関すること、麻酔についての情報を根拠としていた。



()内の数値は回答者数

図2 「肺合併症」の根拠となった患者情報

「創痛」の根拠とした患者情報を図3に示した。「創痛」は“PCAの使用(看護師)”が14名、“離床時の疼痛”“PCA使用”が13名、“疼痛の訴え”が10名などPCAを使用したことや疼痛の有無についての患者情報を根拠としていた。PCAに関する情報や離床の様子、疼痛の訴え、喀痰できないこと、硬膜外麻酔について、創部やドレーンに関すること、年齢や性別、睡眠についての情報を根拠としていた。

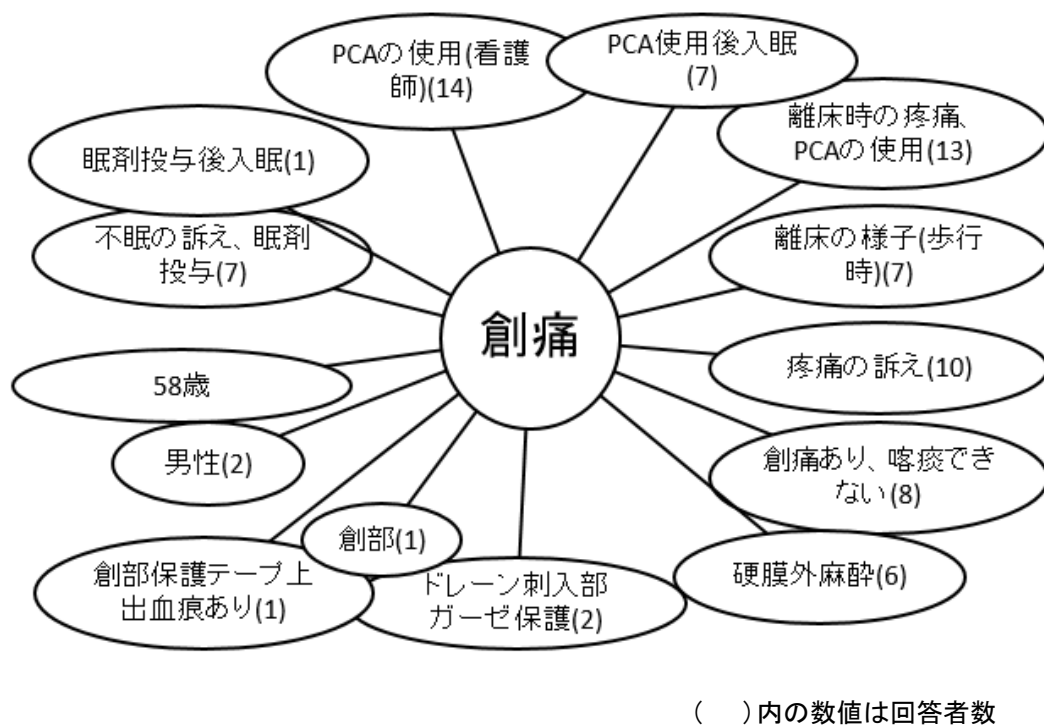


図3 「創痛」の根拠となった患者情報

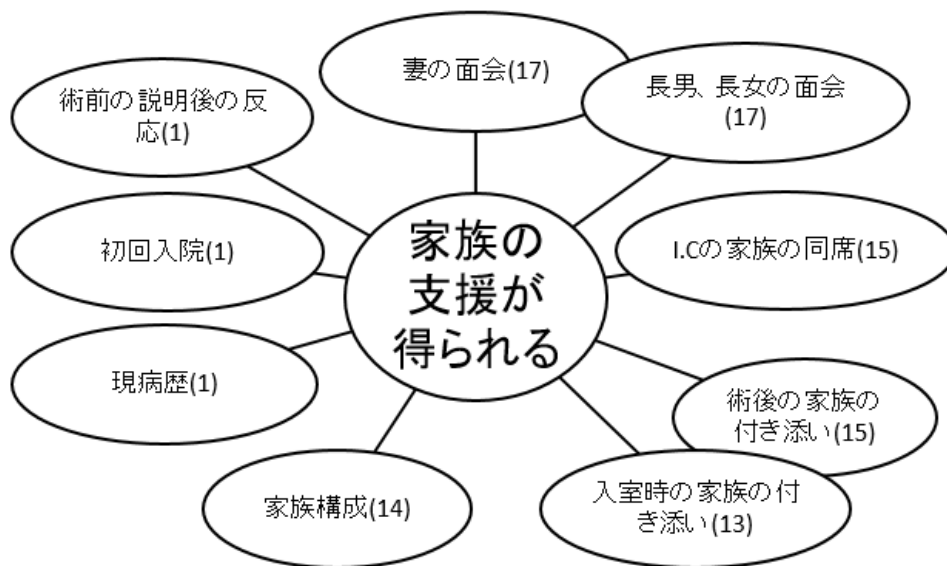
「不安」の根拠とした患者情報を図4に示した。「不安」は“術前の説明後の反応”が8名、“術前日就寝前の様子”が6名、“現病歴”、“初回入院”が3名などであった。医師からの説明の有無や説明後の反応についてや仕事に関すること、初回入院や現病歴、体重減少や食事に関すること、睡眠についての情報を根拠としていた。



()内の数値は回答者数

図4 「不安」の根拠となった患者情報

「家族の支援が得られる」ことを強みとした看護者が根拠とした患者情報を図5に示した。根拠とした患者情報は“妻の面会”、“長男、長女の面会”が17名、“I.Cの家族の同席”、“術後家族の付き添い”が15名、“家族構成”が14名、“入室時の家族の付き添い”が13名などであった。家族の面会があることや家族の付き添いについての回答が多かった。



()内の数値は回答者数

図5 「家族の支援が得られる」の根拠となった患者情報

5. 患者情報の解釈について

記述した看護問題と強みの根拠となった患者情報をどのように解釈したのかについて半数以上の看護者が記述した「肺合併症」、「創痛」、「不安」、「家族の支援が得られる」について述べる。表 5 に「肺合併症」、「創痛」、「不安」のそれぞれのカテゴリとキーワードを示した。「肺合併症」は【痰】【レントゲン】【呼吸状態】【看護介入】【肺の部位】【喫煙】【抜管】【創痛】【合併症】【体温】【禁煙】【手術】【データ】の 13 カテゴリだった。【痰】のキーワードは量や喀痰できないこと、痰がらみなど、【レントゲン】はレントゲン結果、【喫煙】は 30 年間や 20 本、長年、喫煙歴などの喫煙期間についてであった。「創痛」は【疼痛】【PCA】【歩行の様子】【睡眠】【コントロール】【患者からの反応、訴え】【喀痰】【手術】【創部・ドレーン】【鎮痛剤の効果】【性別・年齢】の 11 カテゴリだった。【疼痛】のキーワードは疼痛、痛い、創部痛、苦痛など、【PCA】は PCA、使用、Epi、フラッシュなど、【歩行の様子】はゆっくり、おさえる、離床などであった。「不安」は【患者】【癌】【手術】【不安がある】【会社】【入院】【変化があったこと】【今後のこと】【眠れない】の 9 カテゴリであった。【患者】のキーワードは表情、穏やか、言えない人、受け入れる、まかせるなど、【癌】は癌、肝転移、転移があることなど、【手術】は手術、術後、術前日など、【会社】は仕事、休むなどであった。

表 5 看護問題のカテゴリーとそのキーワード

看護問題	カテゴリー	キーワード
肺合併症	痰(15)	痰、からむ、痰量、痰がらみ、自己喀痰、喀出、喀痰できないこと、出しづらい、気道浄化、淡黄色、粘稠性、色、性状、多量、多いなど
	レントゲン(13)	レントゲン、レントゲン結果
	呼吸状態(13)	酸素化、air 入り、呼吸、咳、無気肺、呼吸状態など
	看護介入(13)	深呼吸、体位、スパイロメトリー、吸入、吸引、ケア、酸素、3L/分、酸素中止、酸素投与
	喫煙(11)	毎日、20 本、長年、30 年間、喫煙、吸う、喫煙歴、吸ってた人、30 年など
	手術(11)	術直後、手術、術後、術前、全身麻酔、次の日など
	肺の部位(11)	右下、右、下肺、下全体、呼吸音、弱いこと、呼吸音、弱い
	抜管(10)	抜管、抜管後
	創痛(9)	創痛、痛みで、痛みがあつて、痛みなど
	データ(9)	CRP、データ、SpO ₂ 、低下など
	合併症(8)	術後肺合併症、無気肺になっているんじゃない、合併症の可能性がある、合併症、肺炎の可能性もある、リスクはかなり高いなど
	体温(3)	熱、微熱
	禁煙(3)	禁煙
	創痛	疼痛(14)
PCA(14)		PCA、使用、Epi、フラッシュ、硬膜外麻酔、早送りなど
睡眠への影響(8)		眠れない、眠れないことなど
歩行の様子(8)		ゆっくり、おさえる、腹部、歩行、離床 など
コントロール(7)		不良、コントロール
患者からの反応、訴え(7)		訴える、発言
喀痰(7)		痰、からむ、喀出
手術(6)		術後、手術、ラパ、腹腔鏡下など
性別・年齢(3)		若い人、58 歳、男性、経験上、痛がりなど
創部・ドレーン(3)		ドレーン、創部、出血痕、入ってるところなど
鎮痛剤の効果(3)		薄れる、起きるなど
不安	患者(10)	表情、穏やか、ショック、まかせ、言えない人、受け入れる、本人など
	癌(8)	癌、聞いた時、肝転移、転移があることなど
	手術(8)	手術、術後、術前日など
	不安がある(8)	不安、不安がある、大きいなど
	会社(4)	仕事、休む、3 週間
	入院(3)	初回入院、入院
	変化あったこと(3)	病気になった、QOL、食欲低下、体重など
	今後のこと(3)	今後、抗がん剤
眠れない(2)	眠れない、不眠を訴えているなど	

カテゴリー欄の()内の数値は回答者数を示す

強みである「家族の支援が得られる」のカテゴリーとキーワードを表 6 に示した。【家族】【協力】【家族の面会】【説明への参加、付き添い】【手術】【家族の関係性】【面会頻度】【住まいの距離】【退院後のこと】の 9 カテゴリーであった。【家族】のキーワードは家族、家族体制、家族構成、2 人暮らしなど、【面会頻度】はきてくれる、毎日、【家族の面会】は面会、ちゃんと一緒に来てくれる、【家族の関係性】は家族関係、精神的、良好など【協力】は協力、支援、洗濯物などであった。

表 6 強みのカテゴリーとキーワード

強み	カテゴリー	キーワード
家族の支援 が得られる	家族(18)	家族、心配、子供、家族体制、家族構成、2 人暮らし、娘など
	家族の面会(17)	面会、ちゃんと一緒に来てくれる、ほぼ
	面会頻度(16)	来てくれる、毎日
	協力(10)	支援、協力、洗濯物、身の回りなど
	家族の関係性(10)	家族関係、精神的、良好、サポート
	説明への参加、付き添い(9)	面談、付き添ってくれること、同席、説明など
	手術(8)	手術、術当日、手術後
	住まいの距離(4)	1 時間程度、近いところ、30 分
	退院後のこと(2)	週 2 回、退院など

カテゴリー欄の()内の数値は回答者数を示す

カテゴリーの全体概要を把握するために看護問題と強みのカテゴリー間の関連をグラフ化した。回答者数は「○」で表され、人数が多いほど大きく示される。またカテゴリーが同時に生起される頻度は「共通する回答」で表され、頻度が多いほど太い線で示される。

「肺合併症」について図6に示した。【痰】と【呼吸状態】の回答者が多かった。【痰】と【呼吸状態】を同時に回答する頻度が多く、次に【痰】と【看護介入】、【呼吸状態】と【看護介入】、【呼吸状態】と【レントゲン】を同時に回答する頻度が多かった。

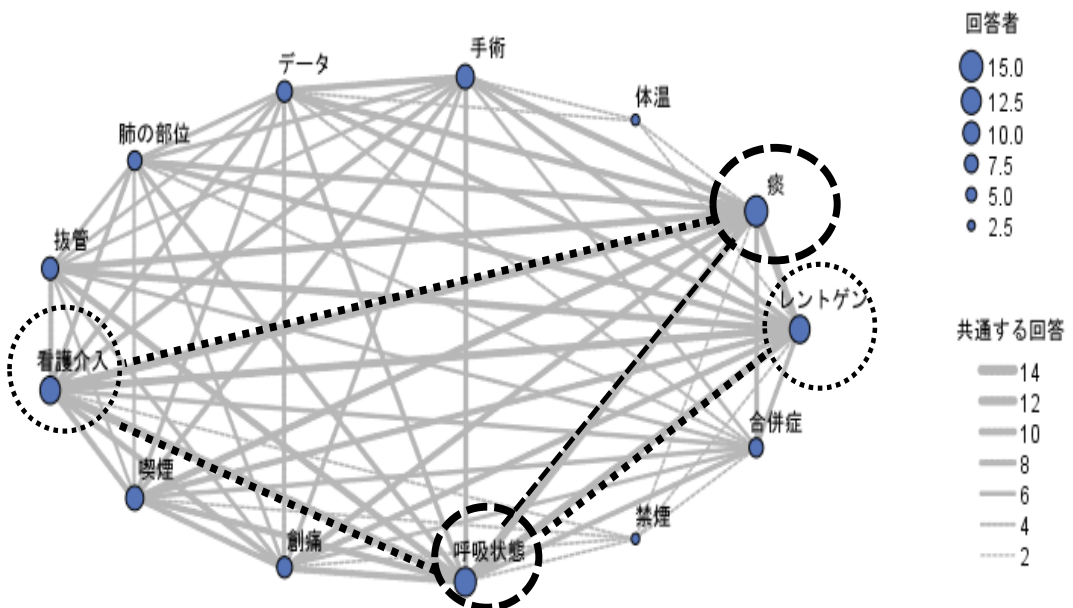


図6 「肺合併症」の根拠とした患者情報の解釈

「創痛」については図7に示した。【疼痛】と【PCA】の回答者が多く、またこれらを同時に回答する頻度が多かった。【PCA】と【喀痰】、【患者からの反応、訴え】、【コントロール】、【手術】、【睡眠】、【歩行の様子】を同時に、また【疼痛】と【喀痰】、【患者からの反応、訴え】、【コントロール】、【手術】、【睡眠】、【歩行の様子】を同時に回答する頻度も多かった。

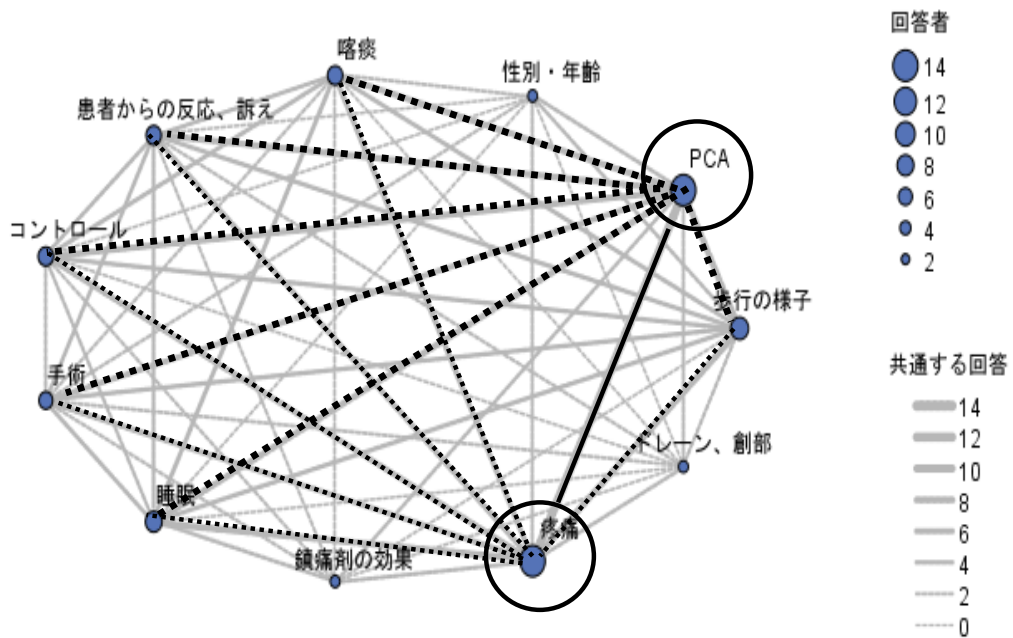


図7 「創痛」の根拠とした患者情報の解釈

「不安」について図8に示した。【患者】【癌】【不安がある】【手術】の回答者が多く、【癌】と【患者】を同時に回答する頻度が多く、ついで【癌】と【不安がある】、【癌】と【手術】、【患者】と【不安がある】、【患者】と【手術】、【不安がある】と【手術】を同時に回答する頻度が多かった。

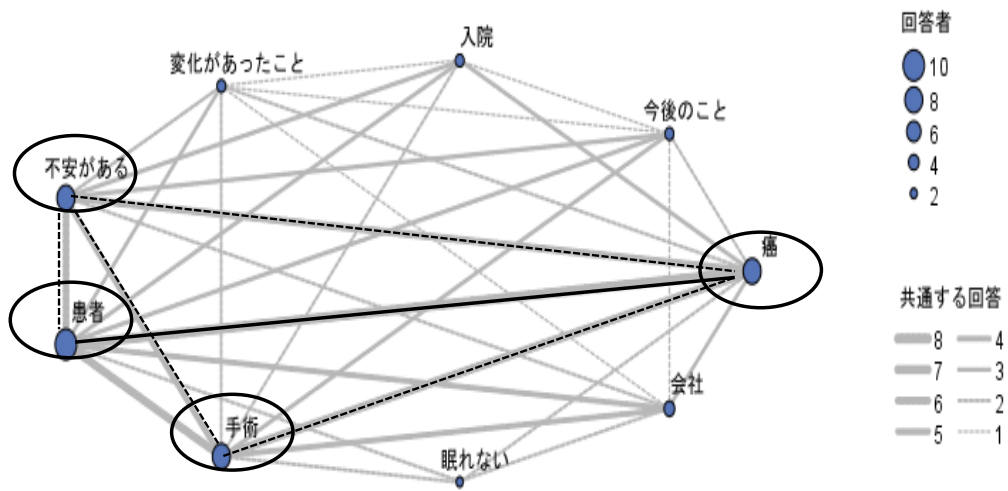


図8 「不安」の根拠とした患者情報の解釈

「家族の支援が得られる」については図9に示した。【家族】【家族の面会】【面会の頻度】の回答数が多く、これらを同時に回答する頻度が多かった。また【面会頻度】と【家族の関係性】を同時に回答する頻度も多かった。

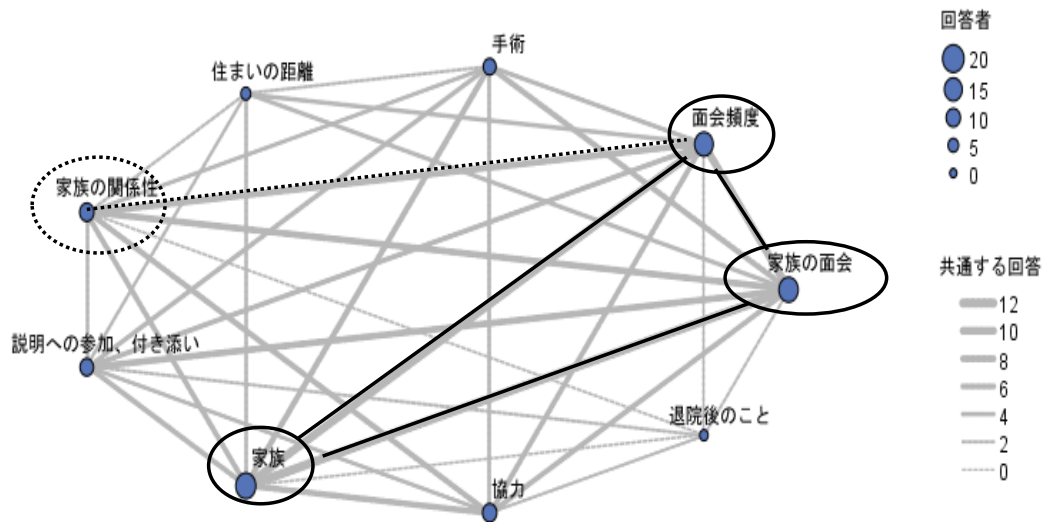


図9 「家族の支援が得られる」の根拠とした患者情報の解釈

6. 看護者の属性による比較

看護者の看護師経験年数、外科病棟勤務年数、認知スタイル、最終学歴で看護問題と強みの記述した情報数、看護問題と強み数、看護問題名・強み名の記述内容等で比較し、表7に示した。

看護者の看護師経験年数、外科経験年数は5年以下と5年以上に分類した。看護師経験年数、外科病棟勤務年数、認知スタイル、最終学歴で比較したが、どの背景においても有意差は認められなかった。次に記述された全看護問題と強み名を“～の可能性”、“～のリスクがある”、“～しそう”などの潜在型と実在型に分類し、看護師経験年数等と比較した。認知スタイルの項目で衝動型の看護者の方が熟慮型の看護者よりも潜在型が少なく、実在型が多い傾向がみられた。

次に各項目内で患者情報数と強み数、潜在型と実在型を比較した。全体的に強みよりも看護問題数が多く、看護師経験年数5年以内の看護者以外で有意差が認められた($p<0.05$ 、 $p<0.01$)。実在型が潜在型よりも有意に多かったのは、大卒の看護者 ($p<0.01$)、看護師経験年数が5年以下の看護者 ($p<0.05$)、衝動型の看護者 ($p<0.05$)であった。

表7 看護者の属性による看護問題数、強み数等の比較

	根拠とした 患者情報数	看護問題数	強み数	看護問題 潜在型	強み 実在型
看護師経験年数					
5年以下(n=6)	5.9±3.7	4.7±2.6	2.5±1.9	2.0±2.1	5.0±2.4
5年以上(n=14)	5.5±3.0	4.6±1.5	2.1±1.1	2.7±2.4	3.8±2.1
		**			
外科病棟勤務年数					
5年以下(n=10)	5.4±3.4	4.9±2.2	2.4±1.4	2.8±2.3	4.4±2.4
5年以上(n=10)	5.9±3.1	4.4±1.6	2.0±1.2	2.2±2.1	3.9±2.1
		*			
認知スタイル					
衝動型(n=9)	5.9±3.4	4.6±1.8	2.1±1.9	1.7±2.1	5.0±1.5
熟慮型(n=11)	5.4±3.1	4.7±1.9	2.3±1.7	3.2±2.1	3.5±2.5
		*			
最終学歴					
大卒(n=11)	5.6±3.3	4.4±2.0	2.6±1.5	1.6±1.7	4.9±2.0
大卒以外(n=9)	5.7±3.2	5.0±1.7	1.8±1.1	3.6±2.4	3.2±2.2
		**			

経験年数等項目別比較: unpaired t test

項目内比較: paired t test

*: $p<0.05$ **: $p<0.01$

考 察

1. 記述された看護問題、強みについて

本研究ではアセスメントにおける看護者の思考の特徴を明らかにするためにペーパーペイシエントを用いてその事例患者の看護問題と強みは何かについて回答を求めた。記述された看護問題は「肺合併症」が最も多く、次いで「創痛」、「不安」、「術後感染・縫合不全」であった。周手術期患者を対象とした看護では看護者は術後回復が円滑にすすみ、安全・安楽に過ごしながら日常生活を取り戻せるように援助することが求められる。また患者自身が主体的に健康回復できるように援助することが重要である。本研究で用いた事例患者の特徴は大腸癌と診断され、手術目的で入院した成人期の男性であること、喫煙歴があること、術後、痰の量が多いこと、術前からヘモグロビン値が基準値より低いこと、糖尿病を有していることなどがあげられる。事例患者の看護問題として術後合併症である「肺合併症」や「術後感染・縫合不全」があげられたのはこれらのリスクが術後さらに高まっていると判断したためだと考えられる。

また「創痛」の回答も多かった。術後の患者は手術にともなう組織損傷による侵害刺激と炎症反応によって生じる生体防御反応の1つである²⁷⁾創痛を経験する。創痛はさまざまな生体反応を引き起こし、全身に悪影響を及ぼすとされる。よって創痛を緩和し、安楽に過ごせるように援助することは患者の術後回復促進ケアにとっては非常に重要であることから、看護問題であると判断したと考えられる。

手術や予後に対する不安の回答がみられた。NANDA-Iの看護診断²⁸⁾の不安の定義は自律神経の反応に伴う、漠然とした、動揺した不快な感情または恐怖の感情であるが、本事例では患者に落ち着きがないことや緊張の増大、脈拍数の増加などの不安の指標となる患者の様子は観察されていない。しかしながらMary M. Canobbio²⁹⁾によれば看護者は術前からボディイメージやライフスタイルの変化などによる不安の軽減に努めると述べている。術前から患者の手術や予後に対する漠然とした不安な気持ちを察知し、術後もその気持ちを軽減でき

るように介入する必要があることから、看護問題と判断したと考えられる。

強みは「家族の支援が得られる」が最も多く、ほとんどの看護者が記述していた。強みとは存在する問題の管理に使う患者の資源・底力³⁰⁾のことであり、その力を利用することによって看護問題解決の助けとなったり、よりよい状態へ患者・家族を導くことが可能となる。家族の支援は術前、術後の患者の支えとなる。その他の強みとして社会復帰、手術に対する認識が多かった。事例患者は50歳代であり、職業を有している。職場復帰を含めた社会復帰は患者の回復意欲にもよい影響となると考えられる。また患者自身の手術の受け止め方は今後の患者の生活に影響をする。手術をどのように受け止めているのかを看護者が把握し、的確に前向きに受け止めていることは患者の強みとなることが考えられる。

本研究の事例では記述された強みは看護問題の数よりも少なかった。このことから看護者が看護問題を中心にアセスメントしていることが推測される。また看護過程が看護問題解決のためのプロセスであることから、対象者の各種情報からアセスメントをする際には看護問題を明らかにすることを中心に考えるためであると考えられる。松波ら⁷⁾は看護師が情報収集をする際、「看護診断を導く」という目的があり、「その情報をどう生かそうか」という問題に対処するための多角的な視点をもっていなかったと述べている。看護者は患者の看護問題を明らかにしようという意識で情報収集をしており、患者の良い点である強みに対しての情報には関心が低いことが考えられ、本研究で強みの記述が少なかったことはこのことを支持するものである。

2. 根拠とした患者情報について

看護問題・強みと判断する際にどのような患者情報に基づいて判断したのかを明らかにするために、記述された看護問題ごとに根拠とした患者情報の回答を求めた。「肺合併症」の根拠となった患者情報は“創痛あり、喀痰できない”“抜管後の痰の量が多く吸引施行”“術後胸部レントゲン結果：下肺が白い”“呼吸音：右下弱い”“喫煙歴：20本/日(30年間)”“痰は淡黄色、粘稠性”“術後 1

日目のバイタルサイン”などあった。痰の量や性状、痰が絡むこと、痰の量が多いことで吸引という看護ケアを必要していることなど、特に痰に関する情報と胸部レントゲン結果や呼吸音などのフィジカルアセスメントの結果、喫煙歴という患者情報を根拠としていた。肺合併症とは術後出血、縫合不全と同様に頻度の高い術後合併症の1つである。肺合併症には無気肺、肺炎、肺水腫、肺塞栓、急性呼吸速迫症候群などあるが、本研究の事例ではほとんどが肺炎を看護問題とし、看護診断として非効果的気道浄化を上げており、それに順じた患者情報を根拠としていた。Jane Cioffi, et al³¹⁾は急性期看護において看護者は患者の呼吸状態やSaO₂維持のための酸素投与量の増加などを患者の状態変化の合図としていと述べている。呼吸状態は急性期にある患者にとって異常の早期発見につながる。呼吸状態のフィジカルアセスメントやSpO₂値などの情報を収集し、看護問題としていたことが考えられた。

「創痛」の根拠としては“PCAの使用(看護師)”や“離床時の疼痛、PCAの使用”が最も多く、ついで“疼痛の訴え”が多く、疼痛があることが表現された患者情報を根拠とした。ついで“創痛あり、喀痰できない”“離床の様子(歩行時)”“不眠の訴え、眠剤投与”“PCA使用後入眠”“硬膜外麻酔”であり、喀痰できないことや不眠など創痛があることで生じた患者の状態に関する情報を根拠としていた。また少数ではあるが、“男性”“年齢”などの情報も含まれている。これらの情報は明確な根拠はなく、看護者としての経験によるものと考えられる。飯塚³²⁾は早期離床場面で看護者が臨床判断に用いた情報として疼痛があり、患者の訴えや鎮痛剤の使用時間などが含まれ、術式による疼痛の特徴や疼痛の種類を見極めていたと述べている。本研究の事例でも疼痛の訴えやPCAの使用を根拠としており、同様の結果であった。

「不安」の根拠として“術前の説明後の反応”“術前日23時就寝”が多く、ついで“初回入院”“現病歴”“3週間の休養と今後の仕事について”“食欲低下と食事摂取量”などであった。患者からの不安の訴えなどを根拠にしているのではなく、患者の反応や就寝時間、食欲低下などの身体的反応などから予測し、また初回入院など環境の変化があることや仕事に関する社会的背景を加味して

看護問題としていることが考えられた。

一方、「家族の支援が得られる」と判断した根拠として“妻の面会”“長男、長女の面会”“I.Cの家族の同席”“術後の家族の付き添い”等が多く、面会や家族の付き添いの有無を根拠としていた。ほとんどの看護者が術後の回復や社会復帰に対する家族の関わり方に注目しており、その重要性を認識していた。Janet W. Kenney³³⁾は家族を中心とした看護はケアの焦点である患者個人の背景にあるものとして家族を捉えていると述べている。患者にとってのキーパーソンは患者とともに治療方針や病状を理解し、患者の意思決定の影響する人であり、また治療の継続など患者を支える重要な存在である。家族の支援が得られ、さらに面会者の情報は家族関係、患者にとってのキーパーソンを把握する上で重要な情報だと考えられる。

3. 根拠とした患者情報の解釈について

看護問題である「肺合併症」の根拠となった患者情報の解釈では【痰】【レントゲン】【呼吸状態】などの12カテゴリー、また【痰】や痰の量の回答者数が多く、これらを同時に回答する頻度も多かった。肺合併症の原因の1つでもある痰や痰の量、性状から肺合併症発症の可能性を考え、【レントゲン】の結果や【肺の部分】からどこに病変があるのかを判断し、患者の【呼吸状態】を推察していた。肺合併症によって生じる可能性のある身体的変化を【データ】から読み取り、また【喫煙】【禁煙】の情報などを総合してアセスメントしていることが考えられた。また肺合併症の予防、もしくは発症した場合の【看護介入】もアセスメントの時点で考えられていた。【創痛】のカテゴリーもみられ、【創痛】があることで【痰】を出せないなど、他の看護問題と関連してアセスメントしていることも考えられた。

「創痛」の根拠となった患者情報の解釈は【疼痛】【PCA】【歩行の様子】【睡眠への影響】【データ】【コントロール】【患者の反応、訴え】【喀痰】などの12カテゴリーが抽出された。【手術】をしたことで【創部・ドレーン】が挿入され、また【喀痰】することなどによって【疼痛】が生じる、もしくは増強される。【患

者の反応、訴え】や【歩行の様子】から疼痛の有無や程度、疼痛があることで生じた【睡眠への影響】を把握していた。疼痛を【コントロール】するために【PCA】の使用し、効果を評価し、アセスメントしていた。また創痛には患者の【性別・年齢】が関係していると考え、アセスメントの根拠としている看護者もみられ、看護者としての経験から導き出されたこともアセスメントの根拠としていることが考えられた。

「不安」は【患者】【癌】【手術】などの9カテゴリーであった。【癌】という疾患であり、【手術】をすること、また肝転移があることで【今後のこと】に【不安がある】とアセスメントしていた。【患者】の表情や発言にも注目し、患者の年齢や社会的背景から【会社】のことなど社会的・経済的状況についても着目して患者情報を捉え、不安があるとアセスメントしていることが考えられた。

強みである「家族の支援が得られる」のでは【家族】【協力】【家族の面会】【説明への参加、付き添い】【手術】【家族の関係性】【面会頻度】【住まいの距離】【退院後のこと】などの9カテゴリーであった。【家族】【家族の面会】の有無、面会頻度などから家族の【手術】を受ける患者への【協力】が得られるかを判断し、【家族の関係性】を良好と判断していることが考えられた。また事例は術後1日目の患者であったが、今後治療の継続が必要な患者の【退院後のこと】までふまえてアセスメントしていた。

4. 看護者の背景との患者情報、看護問題・強み数の比較

看護者の看護師経験年数、外科病棟勤務年数、認知スタイル、最終学歴で看護問題・強み数、根拠とした患者情報数等を比較した。ベナー³⁴⁾は初心者のはどれをとっても重要そうに見える情報の集まりだったものが、レベルが上がるにつれて状況を1つの全体像として捉えられるようになってくると述べている。また熟達した看護師は直観的に看護場面を捉え、判断するとされる³⁴⁾ことから、本研究では看護師としての経験年数や外科病棟での勤務経験により看護問題や強みの数、根拠とした患者情報数等に差異がみられるのではないかと予想していた。しかしながら看護問題・強み数、根拠とした患者情報数を看護者

の看護師経験年数、外科病棟勤務年数での比較では有意差はみられなかった。**Maggi**³⁵⁾は看護ケアに関する判断や決定を下す過程で臨床推論過程を用いるが、経験豊富な看護師と未熟な看護師とではその思考過程の素早さや結果が異なる可能性を指摘している。また経験豊富な看護師は思考過程でスキーマや経験、直観に頼り、患者中心のプロトタイプを用いていると述べている。また**Corcoran**³⁶⁾によれば患者ケアについて決定を下すことを臨床判断といい、認知的熟考および直観的な過程が関与するとされる。臨床判断は、その時々患者の状態、状況から看護者個々の知識や経験等に基づき、どのような看護介入をするのか判断する思考過程のことであり、看護者は看護過程において日々臨床判断を行いながら看護介入していることが考えられる。しかしながら本研究の事例は術前から術後1日目までの患者情報からアセスメントするよう求めており、臨床判断を行うというような即座に判断を求められるような状況ではない。看護者は判断した結果を推敲し、より詳細にアセスメントすることが可能であったと考えられる。**Marjory Gordon**³⁰⁾は診断過程において分析的ストラテジーと直感的ストラテジーがあると述べている。分析的ストラテジーは経験不足の新人看護師が使う方法で、ベテランでもなじみのない臨床問題に遭遇した時に用いられる。分析的ストラテジーは論理的、批判的、理性的な思考と定義され、手がかりを説明する様々な可能性を考える発散的思考と手がかりを探す収束的思考から成り立つ。直感的ストラテジーは意識的な熟考や分析なしの直接的な洞察と定義され、状況にみられる類似性を認識し解釈には過去の経験が用いられる。しかしながらベテランの看護師もまた必要に応じて分析的ストラテジーを用いている。つまりアセスメントにおいて看護者は分析的ストラテジーと直観的ストラテジーの2つの思考を行い、看護場面で患者が置かれている状況を判断していることが考えられる。本研究の看護者は事例患者の情報から時間的制約がない中で必要な情報を選択し、解釈を行い、判断をしている。より正確な判断となるように手がかりの見落としや主観的推論をせず、仮説の検証を十分に行っていることが考えられ、主に分析的ストラテジーを用いていたのではないかと考えられる。

看護問題と強みを「～の可能性、～しそうである」等のリスク、可能性と記載された潜在型と実在型に分類し、看護師経験年数、認知スタイル等で比較した。どの項目でも有意差はみられなかったが、衝動型の看護師の方が熟慮型の看護師よりも実在型が多い傾向がみられた。根拠とした患者情報の数や看護問題、強み数には有意差はみられなかったが、患者情報を基に衝動型の方が患者情報から潜在型よりも実在型の看護問題や強みをより多くあげる傾向が認められた。このことは衝動型の方が今ある患者情報から看護問題であると断言し、看護師としてすでに発生している看護問題に対して介入していく必要があると判断していることが考えられる。衝動型はある程度の情報で早急に決断を下す²¹⁾とされ、また衝動型は全体的処理が得意であり、熟慮型は詳細な部分処理が得意であるとされている²⁴⁾。衝動型は限られた情報の中で、患者の置かれた状況を全体的に捉え、看護問題であると判断するといった情報処理がされたと考えられる。また最終学歴が4年制大学以外の方が実在型の看護問題をより多く上げる傾向が認められた。山田ら³⁷⁾は看護師と准看護師とでは看護師の方が、本質的直観能力の「知力」「論理的思考能力」が高いと述べている。また4年制の看護基礎教育では課題解決能力を育成するための教育を行っており、その結果看護過程で求められる論理的思考能力や批判的思考能力が高まり、看護問題と強みの潜在型・実在型の記述に差異がみられたと考えられる。

5. 研究の限界と今後の課題

本研究の対象者は看護師20名と少なく、また周手術期患者1事例のみでの分析であり、一般性に限界がある。今後は事例患者の設定を慢性期患者等にするなど内容を検討し、また対象者を増やしていくことで、信頼性を高める必要がある。

結語

アセスメントにおいて看護者がどのような患者情報を根拠として看護問題と強みを明らかにしているのか、また根拠とした患者情報をどのように解釈しているのか、その思考過程を明らかにすることを目的に、周手術期患者のペーパーペイシエント 1 事例を用いて質問紙調査と面接調査をした結果、以下のような結果が得られた。

1. 看護問題として「肺合併症」などの術後合併症に関する問題が多かった。
2. 強みは家族の面会や付き添いがあることを根拠とした「家族の支援が得られる」が最も多かった。
3. 強みよりも看護問題が多かった。
4. 複数の患者情報を基に、様々な解釈を関連付けて看護問題・強みを明確にしていることが考えられた。
5. 看護問題・強みの捉え方は看護者の経験年数、認知スタイル、最終学歴により異なる可能性がある。

謝 辞

本研究の趣旨を理解し、快く協力していただいた対象者の皆さまをはじめ、事例作成にあたり、ご協力くださいました弘前大学大学院保健学研究科健康支援科学領域障害保健学分野 川崎くみ子講師、博士後期課程 1 年 土屋涼子様
に心より感謝申し上げます。

なお、本研究は平成 26 年度弘前大学若手・新任研究者支援事業の助成を受けた。

引用文献

- 1) H. Yura, M. Walsh : 岩井郁子, 伊奈侑子他共訳. 看護過程—ナーシング・プロセス—アセスメント・計画立案・実施・評価, 医学書院, 東京, 1986.
- 2) 氏家幸子, 阿曾洋子他 : 基礎看護技術Ⅱ, 234, 医学書院, 東京, 2003.
- 3) Alfalo-LeFevre R. Applying Nursing Process The Foundation for Clinical Reasoning 8th : Wolters Kluwer Health, Philadelphia. 2014.
- 4) 統計局ホームページ : <http://www.stat.go.jp/data/topics/topi721.htm> (2014-11-20).
- 5) 厚生労働省ホームページ : http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/c_hiiki-houkatsu/ (2014-11-20).
- 6) Hesook Suzie Kim, Donna Schwarz-Barcott, Susanne M. Tracy, Jacqueline D. Fortin, et al: Strategies of Pain Assessment Used by Nurses on Surgical Units. Pain Management Nursing, 6(1): 3-9, 2005.
- 7) 松波美紀, 廣瀬チヲ子, 他 : 初期情報収集とその活用方法の検証, 看護診断, 8(1) : 42-50, 2003.
- 8) 山岸直子, 外崎明子 : 2型糖尿病患者に対する熟練看護師の姿勢とアセスメント—食事療法の自己管理が困難な患者の支援に向けて—, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 14(2) : 138-146, 2010.
- 9) 藤内美保, 宮腰由紀子, 他 : 新人看護師の臨床判断プロセスの概念化—健康歴聴取場面におけるケア決定までの判断—, 日本看護研究学会雑誌, 31(5) : 29-37, 2008
- 10) 三好さち子, 大津廣子, 他 : 看護師に必要な臨床判断能力に関する研究—体位変換実施時の意思決定プロセス—, 広島県立保健福祉大学誌, 3(1) : 27-35, 2003.
- 11) 馬場香織 : 精神科急性期病棟における暴力の危険性の察知と看護師の臨床判断, 精神保健看護学会誌, 16(1) : 12-22, 2007.

- 12) Andrea P. Marshall, Sandra H. West, Leanne M. Aitken: Preferred Information Sources for Clinical Decision Making: Critical Care Nurses' Perceptions of Information Accessibility and Usefulness. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*: 224-235, 2011.
- 13) Katarina E. Goransson, Margareta Ehnfors, Marsha E. Fonteyn, Anna Ehrenberg: Thinking strategies used by Registered Nurses during emergency department triage. *Journal of Advanced Nursing*, 61(2):163-172, 2007.
- 14) Anna K. Andersson, Monica Omberg, Marianne Svedlund: Triage in the emergency department- a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care*, 11(3): 136-145, 2006.
- 15) Kerry A. Hoffman, Leanne M. Aitken, Christine Duffield: A comparison of novice and expert nurses' cue collection during clinical decision-making: Verbal protocol analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 46 : 1335-1344, 2009.
- 16) Judy Currey, Jan Browne, Mari Botti: Haemodynamic instability after cardiac surgery: nurses' perceptions of clinical decision-making. *Journal of Clinical Nursing*, 15: 1081-1090, 2006.
- 17) 飯塚麻紀, 鴨田玲子, 他 : 周手術期患者に対する病棟看護師の臨床判断, 福島県立医科大学看護学部紀要, 13 : 1-10, 2011.
- 18) 箱田裕司, 都築誉史, 他 : 認知心理学, 有斐閣, 2013.
- 19) 江川隆子 : ゴードンの機能的健康パターンに基づく看護過程と看護診断第3版, ヌーヴェルヒロカワ, 東京, 2012.
- 20) R.ラックマン, J.L.ラックマン, E.C.バタフィールド, 監訳者 箱田裕司、鈴木光太郎 : 認知心理学と人間の情報処理 I ー情報処理パラダイムー, サイエンス社, 東京, 1990.
- 21) 山崎晃 : 衝動型-熟慮型認知スタイルの走査方略に関する研究, 北大路書房, 京都, 1994.
- 22) 山崎晃 : 衝動型・熟慮型認知スタイルの走査方略に関する分析的研究ー走査

- 方略と項目位置および項目内の位置関係についてー, 教育心理学研究, 34(4) : 297-305, 1986.
- 23) 坪倉繁美 : ペーパーペイシエントで学ぶ教える 28 の事例, 医学書院, 東京, 2004 .
- 24) 堀洋道他 : 心理測定尺度集 V 個人から社会へ<自己・対人関係・価値観>, サイエンス社, 東京, 2011.
- 25) がん情報サービス <http://ganjoho.jp/public/statistics/pub/statistics01.html> (2013-7-30).
- 26) 内田治, 川嶋敦子他 : SPSS によるテキストマイニング入門, pp2, オーム社, 東京, 2013.
- 27) 雄西智恵美, 秋元典子 : 成人看護学周手術期看護論 第 3 版. pp.33, ヌーベルヒロカワ, 東京, 2014.
- 28) Herdman, T. H.: NANDA International Nursing Diagnoses: definitions & Classification. In : Herdman, T.H., Ed., WILEY-BLACKWELL. Chichester, 2012.
- 29) Canobbio, M.M.: Mosby's Handbook of Patient Teaching. Mosby Inc or Elsevier Inc, St. Louis, Missouri, 2000.
- 30) Gordon, M. : Assess Notes Nursing Assessment & Diagnostic Reasoning. F.A Davis Company press, Philadelphia, 2008.
- 31) Cioffi, J., Richard Conway Intensive Care Certificate, Leanne Everist Graduate Certificate in Cardiac Nursing, Master of Nursing, Janet Scott BHSc, and John Senior BAppSc.: Patients of concern' to nurses in acute care settings: A descriptive study. Australian Critical Care, 22. 178-186, 2009.
- 32) 飯塚麻紀:開腹術後患者の早期離床ケア場面における看護師の臨床判断, ヒューマン・ケア研究, 12(1):9-11, 2011.
- 33) Kenney, J.W: Assessment data collection of the family client. In: Christensen, P.J., and Kenny, J. W., Ed. Nursing process: application of conceptual models. Mosby. St. Louis.78-99.1995.
- 34) Benner, P: From Novice to Expert Excellence and Power in Clinical Nursing Practice,

prentice HALL. NewJersey, 2001.

- 35) Banning, M: Clinical reasoning and its application to nursing: Concept and research studies. *Nursing Education in Practice*, 8, 177-183, 2008.
- 36) Sheila A. Corcoran: 看護における Clinical Judgment の基本的概念, *看護研究*, 23(4): pp. 3-12, 1990.
- 37) 山田理絵, 泉キヨ子, 平松知子他: 臨床看護師の直観と病院, 経験年数, 職種との関連性の検討, *日本看護管理学会誌*, 10(2):40-47, 2007.

Abstract

Thought process of nurses about nursing assessment

Kasumi Mikami

Department of Health Promotion,

Division of Health Sciences,

Hirosaki University Graduate School of Health Sciences.

AIMS: The purpose of this study was to clarify the thought processes of nurses in performing nursing assessment.

METHODS: The participants comprised 20 nurses working in a surgery ward. Patient information on a case, including presenting illness, vital signs, and other findings from admission until 09:00 on the day after surgery, was shown to the participants. After reading the case report, the nurses presented their assessments. And it was interviewed how the participants interpreted the patient information. Based on these assessments, nursing problems, patient strengths, and patient information were identified. Nursing problems and patient strengths were described by various words and sentences, and were classified according to similar content. The interview contents categorized it using PASW Text Analytics for Surveys. The scale of cognitive reflectivity-impulsivity to determine cognitive style.

RESULTS: The number of nursing problems ranged from 1 to 8 and patient strengths from 0 to 6 for each nurse. The mean number of nursing problems was 4.7 ± 1.82 , and the mean number of patient strengths was 2.2 ± 1.39 . The main nursing problems were respiratory complications, postoperative wound pain, and anxiety, and the main patient strength was family cooperation. Patient information

as evidence of respiratory complications included history of smoking, chest radiography results, postoperative vital signs, sputum color and properties. Patient information as evidence of postoperative wound pain included complaints of pain, epidural anesthesia, use of patient-controlled anesthesia and its effect. Patient information indicating family cooperation included family structure, preoperative visits by family, and presence of family while providing informed consent. Respiratory complications was 13 categories, postoperative wound pain was, and 11 categories, anxiety was 9 categories, and family cooperation was 9 categories. Significant differences were seen in the number of nursing problems and patient strengths according to cognitive style.

CONCLUSIONS: Postoperative complications were the nursing problems most commonly extracted by nurses. To clarify nursing problems and patient strengths, the nurses made assessments on the basis of information such as patient complaints, vital signs, and test results. However, extracted nursing problems and patient strengths were diverse, suggesting that nursing problems and patient strengths as determined by nurses differ between individual nurses. It was suggested that it was different about how to interpret nursing problems and patient strengths by the years of experience of the nurses, a cognitive style, the last educational background.