

Title	「成人看護学」における看護診断の指導の試み
Author(s)	江川, 隆子
Citation	大阪大学看護学雑誌. 2001, 7(1), p. 4-14
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/56783
rights	©大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻
Note	

Osaka University Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

Osaka University

「成人看護学」における看護診断の指導の試み

江川 隆子

Education for Nursing Diagnosis In Adult Nursing

Egawa,T

はじめに

看護の20世紀は、看護学の知識体系化への挑戦に終始したと言えるだろう。看護理論や看護モデルはそうした挑戦の1つの成果である。我々は、こうした看護理論やモデルによって、看護の構成概念である人間、社会、健康、看護(実践)、看護過程や看護診断といった現在の看護学にとって重要な概念や知識体系を導くことができた信じている。その中で看護診断概念は、看護独自の視点での健康問題を判断するものとして、看護理論やモデルの集大成である共通用語の発展にNANDA(北米看護診断協会)が取り組んだものと考えている。日本においても過去10年余りの間に、実践現場や看護教育においても”看護の独自性や機能を明確にする”看護診断分類に対する期待が高まってきている。

21世紀の看護はこの看護診断を主軸に、「看護診断—看護介入—成果」という看護実践の知識体系化の発展と活用、教育・研究への挑戦が考えられる。それはまた、基礎教育における看護過程や看護診断概念に関する教育の変革を示唆していると思っている。

本学でも、平成6年の開学から看護過程と看護診断の指導を行ってきました。そして、1999年の新カリからは、さらに必須科目として「看護過程実践論演習」を成人看護学で開講している。その中でも、特に成人看護学は臨床看護学の要であることを認識し、実践看護学の知識体系である「看護診断—介入—成果」を一貫して教育にしている。しかしながら、これらの概念の学習は、学生にとって非常に難しいものであり、また教員とっても課題の多い科目の1つである。その理由として、短期間では育成が困難である判断分析(decision analysis)や臨床判断(clinical judgment)といった能力が含まれているからだと言われている。

そこで、これまでに成人看護学においてこの看護診断概念を含め看護過程を成人看護学にどのように位置づけ、どのように指導してきたかについて、また今後の課題もまじえながら述べる。

I 成人看護学における看護診断概念の位置づけ

成人看護学では、横軸に成人看護学の基礎である看護過程と看護診断、保健および病態と治療を、また縦軸に専門の機能的健康を配したカリキュラム構成にしている。こうした考え方は、臨床系である老人看護学及び精神看護学でも同様である。具体的には、横軸には、成人看護学概論や看護過程実践論、成人臨床医学などの成人看護学における専門基礎科目を、また縦軸には成人看護学の専門として成人看護学を位置づけている。そして、この縦軸においてある成人臨床看護学は、ゴードンの機能的健康パターンに沿って科目だてをしている。

これらの学科目は、2年生の後期から開始される。先行するのは成人看護学の専門基礎科目で、続いて成人臨床看護学が開始され、殆どの学科学科目は、3年後期の成人実習までに終了する。

II 成人看護学における看護診断指導の流れ

看護診断は、看護過程の1段階であるので、それらを単独で教授することは余り効果的でないと考えている。そこで、看護過程の批判的思考を含め、アセスメント—看護診断—介入—成果といった一連の知識体系の中で総合的に指導する方法をとっている。

また、看護診断は、看護が援助しなくてはならない患者の健康状態を判断するものであるが、それらは、患者の疾病や受けている治療、あるいは生活環境や人間関係などを起因しておこるものである。したがって、学生の臨床医学や臨床看護学などの学習の進行に合わせて看護診断を教授するのが望ましいと考えている。また事例も簡単なものから複雑な事例へと難易度づけしたものをを用いて、患者の治療状況の理解を深めながら指導するようにしている。

1. 看護学概論での看護診断の指導について

成人概論では、まず成人期の身体的・精神的・社会的な特徴およびその時期の健康問題、その看護について、また成人保健や保健医療政策など、成人の理解を深めるために教授する。さらに、成人期の健康問題やその援助についての理解のために、看護診断の基礎理論である、ストレス理論、危機理論、役割理論、自己概念、セルフケアなどの中範囲および状況理論について教授する。ここでは、理論の構造や構成要因を指導するだけでなく、こうした理論を用いてどのように患者の状態や状況を分析判断するか、事例を用いて指導している。

2. 看護過程実践演習での指導について

学生は、基礎看護学においても看護過程についての授業を受けている。そこで、この教科では、看護過程を成人期の健康問題に焦点をおき、思考過程のステップの講義とそれらを事例展開を用いて行う。その時、学生には成人看護学実習で用いているゴードンの機能的健康パターンに基づいた観察用紙(表-1)と実習記録用紙(図-1)を提示する。

看護過程の学習には、事例展開が学生の分析判断や臨床判断の育成に効果があると言われている。しかし、最初の事例からグループワークをさせず、事例も展開すみのものを用いてなぜそのような思考をするのかを、となりどうしで検討させ、質問を受けるといった形式で学習をすすめている。看護診断については、成人・老人、精神科領域でよく用いられるものを中心におおの看護診断の基礎理論を含めて論じ、診断指標については、ミニテストを実施しながら講義をおこなっている。

1) 実際の看護過程の指導

この教科での看護過程と看護診断の実際の指導は、図-2に示した思考ステップ毎に進めている。この指導内容は、成人臨床看護学および成人実習においても継続して教授されるものである。

★情報の収集

ここでは、ゴードンの機能的健康パターンの概説とデータベースおよび収集する情報の分類(クラスタリング)について指導する。情報はその種類(主観・客観)、特に患者の強みに対する重要性やその活用について、また主観データに対する確認情報である客観データの必要性について論じ、看護に必要な情報を認識させる。

★情報の整理・解釈・総合

情報の整理は、患者の全体的な観察から得られた情報の中から看護診断のきっかけ(Cue)になる情報をクラスター毎に確認し、きっかけであることの解釈、理由を述べる。そして、その解釈に従ってそれらの情報をその問題(看護診断)が属しているクラスター内に、あるいはそのクラスターに移動して集め直す思考作業である。したがって、ここでは、そのきっかけを捜すために看護診断を思い起こさせること、解釈の仕方、また不足情報を補うためのフォーカスアセスメントについて指導する。さらに共同問題⁹⁾についても指

導する。

★情報の分析

分析過程における分析には3つの思考段階に分けて指導している。最初は、総合された情報からどの看護診断名がつけられるか、次いで、これらの情報に対してそれ以外にも推論ができないかを考えさせる。そして、推論が出つたか判断したら、その総合された情報をおおの推論したNANDAの看護診断の定義および診断指標、関連因子と照らし合わせる。その結果、どの推論の方がより妥当性があるか、また指標や関連因子の一致度を判断し、最終的には情報を診断指標(S)と関連因子(E)に分類する作業を複数の情報群の提示を通して演習させる。

したがって、ここでの指導の大半は、成人系で用いられるNANDAの看護診断とその基礎理論について指導することと先程の分析判断能力を養うための演習を繰り返すことになる。また、診断指標の見方や照合の仕方、診断の記述方法や優先順位の決定方法などについても指導する。

★統合

この段階では、判断した看護診断や共同問題を患者の全体像の中での見直しと、看護診断間の関係を再考する。その結果、ある看護診断がもう一方の看護診断に吸収されることになる。言い換えれば、吸収された看護診断は吸収した看護診断によって生じていると考えられるからである。こうした思考は、身体的問題ではその発生機序や生理学によって、心理的あるいは社会的問題などは、中範囲理論や状況理論を根拠にして関係を明らかにしていくものである。さらに、この思考は関連図に描くとイメージしやすいので学生には、関連図の書き方を指導する。

★照合と看護診断

この段階では、アセスメントの最後の判断をくぐすために、先の段階で統合された看護診断に対して再度、NANDAの診断指標や関連因子と照合して、判断する。そこで、ここでは主に看護診断概念について指導する。

★看護診断と成果・看護計画、評価の関係

この段階からは、判断された看護診断を要として、成果-介入-評価の看護実践の知識体系が活用される部分である。実際には、図-3のような相互関係について、またその記述方法について指導する。成果(目標)については、目標の表現やその法則について論じる。ここでの教育は、主に教科書や看護診断の例を提示して行う演習、看護援助についての論理性を説明するための文献探索などである。

3. 成人看護学での看護診断の指導について

成人臨床看護学は、I~Vにわけ、それぞれの科目はゴードンの機能的健康パターンに沿って科目内容分類している。例えば、成人看護学Iは、活動・運動の呼吸・循環機能、IIは、栄養・代謝および排泄機能というように

環境能、Ⅱは、栄養・代謝および排泄機能というようにわけている。したがって、それぞれの講義内容は、その健康機能が障害された時に生じやすい看護診断(看護問題)を講じることになるだろう。具体的には、表一2に示したような基礎教案が作成されて、選択した医学診断によって、その教科で強化する看護診断も含め内容が決められていくことになっている。その中で看護診断は、用いる事例によって他の成人臨床看護学のものと同様に重複することも考えられる。そこで、看護診断およびその基礎理論、共同問題、看護援助技術については、重複するもの、しないものの共通認識をしている。もちろん、看護援助の範囲と考えられる患者の状態・状況であると教官が思うもので、まだ看護診断として分類されていない部分も積極的に教授することになっている。また、事例展開をもちいる時は、その看護過程および診断過程における思考についても教授している。

4. 成人臨床実習での看護診断の指導について

成人・老人看護学では、総合実習と成人・老人および精神科実習を3年次後期から4年次に実施している。成人看護学実習は、実習ⅠとⅡに分けて内科系と外科系治療をもつ患者のケアを中心に実習させている。そして、各々の実習で、学生は1名の患者を受け持って、看護実践のための看護過程をアセスメントから看護診断の抽出、その看護診断に対する成果の設定、看護計画と実施、評価といった一連の思考過程の実施を経験させている。

これらの経験は、4週間の実習の中で計画に沿って、例えば、1週目は看護診断の抽出、2週目は成果の立案と計画、3週目は実施、4週目は評価と事例のまとめといったように強調領域を決めてすすめている。特に、看護診断までの推論・分析の1つのステップである情報の統合では、「関連図」を用いて患者の全体像をイメージしやすく、また看護診断間の関連がわかりやすいようにしている。そこで、この関連図は、患者の治療や状態、看護診断が変更になる度に修正をするように指導している。また、これらの関連図の患者の基礎病態や治療に関する不明な点は、病棟の主治医だけでなく、学校側から週2～3回(1回数時間)に実習に参加する医師の教管によって指導を受けることが可能になっている。このような医師教管の実習参加は、我々成人実習の1つの特徴であり、かつ学生にとって良い刺激になっている。

また、実習Ⅱでは最後に、患者の経過と1つの看護診断に絞って事例検討をし、その患者の看護実践における成果と問題点を論文としてまとめさせている。また、おのおの実習において、実習の目標である患者に対する看護過程の達成度について自己評価させ、それを教員と一緒に再考させている。これらは、患者の変化や情報の多さ、緊張の中で十分に看護過程や看護診断を熟考する余裕のなかった学生にとって、これらの概念を再認識する重要な機会になっている。

Ⅲ看護診断の教育の意義と今後の課題

以上のように、看護診断について成人看護学では指導しているが、この教育の最も重要な意義は、学生に「看護診断一介入一成果」といった看護実践の知識体系を学ばせることであると同時に、看護実践に必要な臨床判断を養うことである。また、この共通用語を通して、看護の守備範囲とその責任を明確にすることができること、ナース同士、あるいは他の専門家と患者の状態や看護援助に対する共通理解が得られやすいこと、看護援助に対する評価が受けやすいなどを学生に認識させることである。さらに、学生が看護診断による守備範囲の明確化によって、臨床研究の視点を認識できることであると考えている。

しかしながら、これらの概念の教育は、継続した教育が効果的であることは7年余りの我々の経験から考えられるが、その方法論となるとまだ施行錯誤の段階である。その中でも2クール、8週間の実習における実際の患者例を用いた事例展開は、看護診断を含め看護過程の概念についての教育としては非常に効果があると感じている。これは、学生の実習記録などから察することができますが、その理由は実例での事例展開と小グループによる指導、指導の継続性にあるのではと考えている。そこで、今後は教室での事例展開にも、TA(ティーチングアシスタント)を導入して小グループで指導ができないか模索している。

一方、指導の継続性については、成人看護学での継続のみで十分なのかどうかは、疑問の残るところである。私論であるが、こうした看護診断や看護過程の指導は、低学年から系統的に実施すべきものでないかと考えている。そのためには、全教員がこれらの重要性を認めることが重要であると同時に、おのおの専門領域で指導している看護診断(看護問題)や看護過程についての共通認識が必要である。そして、学生に対してそれらの正誤性を示すことが図られるべきではなからうか。そうでなければ、せっかく芽生えている看護診断を含む看護過程に関する学生の思考を教科科目ごとで分断してしまうような結果をまねきかねないか危惧している。さらに、学生が臨床場面で、またデータベースや問題の分析、看護診断や成果、計画のあげかたで、混乱している現在の状態を改善することはむずかしいのではないかと考える。

注1:カルペニート(92)が推奨している二重焦点臨床モデルに従って、問題の原因が直接疾患や治療にあり、看護援助技術では効果的に改善が望めない問題を総称する。したがって、それらは医師の処方に基づいて医師と共同して援助するものといちづけている。

中木高夫監訳=看護診断ハンドブック、医学書院、1992

表1 ゴードンの機能的健康パターンに基づいた観察用紙

資料 データベースの指針と各枠組みに含まれる看護診断

大阪大学医学部保健学科 成人・老人看護学講座 No.1

各健康パターンの範囲	主観的情報	客観的情報	看護診断
<p>1.健康状態の認識 2.健康/疾病、身体的障害の管理 3.健康上の目標、見込み</p> <p>患者が認識している健康と安寧のパターン、および健康をいかに管理しているかを記述すること。患者の健康状態とそれに関連した現在の活動状況、および将来の計画に関する認識を含む。さらに、患者の健康上の危機管理と一般的ヘルスクエア行動（例えば医学的処置もしくは看護的処置、継続ケア）も含む。</p>	<p>・入院前の健康状態はどうだったか ・健康を維持するために気をつけていることは何か。それらは健康にとって重要なことだと思っているか (適切なら、民間療法や家庭療法のようなことも含む) ・医療者から指導を受けた経験があるかある場合はその内容 ・医師や看護師が指示した治療や指示を守ることは困難であったか ・病気についてどのように認識しているか ・病気の原因や誘因についてどのように考えているか ・入院についてどのように認識しているか ・医師やナースに対する期待・要望 ・乳癌の自己検診はしているか ・喫煙の有無、薬の服用の有無 ・今まで飲酒による問題はあったか</p>	<p>体格 外貌 治療方針 病棟内での日常生活管理 自己管理のために必要な技術的能力の評価 血液型、感染症、アレルギー</p> <p>P (脈拍) R (呼吸) T (体温) (口腔、腋下、直腸) BP (血圧) 坐位 R (右) L (左) 立位 R (右) L (左)</p>	<p>健康探求行動 (特定の) 非効果的治療計画管理 (個人) 非効果的治療計画管理: 家族 非効果的治療計画管理: 地域社会 健康維持の変調 ノンコンプライアンス (特定の) 周手術期体位性身体損傷のリスク状態 感染のリスク状態 身体損傷のリスク状態 中毒のリスク状態 窒息のリスク状態 抵抗力の変調 エネルギーの場の混乱 効果的治療計画管理: 個人</p> <p>非効果的治療計画管理のリスク状態 (特定領域の) 健康管理の不足 (特定領域の) 健康管理不足のリスク状態 (特定領域の) 防御の変調 ノンコンプライアンスのリスク状態 (特定領域の) 成長の変調のリスク状態 発達の変調のリスク状態</p>
<p>1.摂取 (食物/水分: 基礎食品群) 2.代謝 3.組織への栄養素供給</p> <p>代謝のニーズに関連する食物・水分の消費パターン、およびパターンの指標となる局所的栄養状態について記述すること。毎日の食事回数、消費する食物や水分の種類と量、特定の食物の好み、栄養剤やビタミン剤の使用など、患者の食物と水分の消費パターンを含む。母乳栄養および乳児摂取パターンを記述すること。あらゆる皮膚病変や一般的な治癒力に関する報告を含む。皮膚、毛髪、爪、粘膜および歯の状態、さらに体温、身長、体重の測定を含む。</p>	<p>入院前の食事時間、回数、内容、間食 水分/食物の摂取量 備食の有無、嗜好品、常用薬 嚥下障害の有無 嘔気/嘔吐の有無 最近の体重の変化 (体重減少・増加) 食欲の有無 食事制限の有無 順調に回復しているか 皮膚について: 皮膚の病変はないか 乾燥は 歯に問題はないか</p>	<p>栄養状態: TP Alb Hb、肥満度、病院での食事摂取状況、間食の有無 水分摂取 消化、吸収能力 体温 静脈内点滴、ドレーン、吸引 止血機能、肝機能</p> <p>Wt (体重) の変化 義歯 肝臓音の大きさ (肝臓のサイズ) 腫瘍の触知 肝臓の触知 脾臓の触知 皮膚: 色調 傷・病変 きめ 温度 水分 弾力性やつや 頭髪: 色調 量 性状 頭皮の外傷・病変 乾燥 爪: 色調 形状 状態、性質 やわらかさ 口腔粘膜: (色、湿性、外傷) 歯の本数 状態 病変、義歯の有無 歯肉の状態 舌の状態</p>	<p>栄養摂取の変調: 過剰摂取 栄養摂取の変調: 過剰摂取のリスク状態 栄養摂取の変調: 必要量以下 非効果的母乳栄養 母乳栄養の中断 効果的母乳栄養 非効果的乳児哺乳パターン 嚥下障害 誤嚥のリスク状態 口腔粘膜の変調 体液量の不足 体液量の不足のリスク状態 体液量の過剰 皮膚統合性障害のリスク状態 皮膚統合性の障害 組織統合性の障害 (特定タイプの) 体温変調のリスク状態 非効果的体温調節機能 高体温 低体温 ラテックスアレルギー ラテックスアレルギーのリスク状態 嘔気 生歯の変調 成人の成長不全 体質量平衡異常のリスク状態</p> <p>栄養摂取の変調: 過剰摂取または肥満 栄養摂取の変調: 必要量以上または肥満のリスク状態 栄養摂取の変調: 必要量以下または栄養不足 (特定タイプの) 皮膚統合性障害のリスク状態または皮膚損傷のリスク状態 褥瘡 (特定段階の)</p>

	各健康パターンの範囲	主観的情報	客観的情報	看護診断
排泄パターン	<p>1.腸機能 2.膀胱機能 3.皮膚機能(発汗など)</p> <p>排泄機能(腸、膀胱、皮膚)のパターンを記述すること。患者が知覚している排出機能の規則性、排便のための定例行為や緩下薬の使用、排便時間のパターンのあらゆる変化や混乱、排出のしかた、性状や量をきむ。さらに、排出をコントロールするために用いられるすべての器具を含む。</p>	<p>家庭での便秘のパターン(回数、性状) 家庭での排尿のパターン(回数、性状) 過剰な発汗の有無 排便時の苦痛の有無 緩下剤の使用の有無</p>	<p>便秘・排尿のパターン(回数、性状) 腎機能:BUN, Cr, Ccr 水分バランス 排泄時の不快感の有無</p> <p>腹部 輪郭 病変 臍部の状態 皮膚線 血管 腸蠕動音 直腸 病変 圧痛</p>	<p>大腸性便秘(1998年削除) 知覚的便秘 下痢 便失禁 排尿の変調 機能性尿失禁 反射性尿失禁 腹圧性尿失禁 切迫性尿失禁 完全尿失禁 尿閉 切迫性尿失禁のリスク状態 便秘のリスク状態</p> <p>間欠的便秘パターン</p>
活動と運動パターン	<p>1.運動/エネルギー 2.日常的活動 3.レジャー/レクリエーション/活動 4.呼吸/循環</p> <p>運動、活動、レジャーおよびレクリエーションのパターンを記述すること。衛生、料理、買い物、食事、仕事および家事のようなエネルギー消費を必要とする日常生活活動を含む。さらに、スポーツを含む運動の種類、量について、患者の典型的なパターンを記述する。患者にとって望ましいもしくは期待されるパターンを阻害する要因(神経筋の欠損および代償、呼吸困難、狭心症、もしくは運動時のこむらえり、および該当の場合には心臓/肺機能)が含まれる。レジャー・パターンも含まれ、さらに個人もしくは集団で患者がレクリエーションとして行う活動についても記述する。患者にとって特に重要な、あるいは意義のある活動に重点を置く。</p>	<p>必要な活動に十分な体力があるか 家庭での運動のパターン、種類、習慣性 活動時の自覚症状 運動のために時間を割いているか 余暇の活動状況 家庭でのセルフケアの状態(自分自身でどの程度こなせると思うか)</p> <p>・食事 ・調理 ・整容(身づくろい) ・ベッド上の移動 ・入浴 ・家事 ・一般的な移動 ・更衣 ・排泄 ・買い物</p> <p>機能レベル</p> <p>レベル0:完全に自立 レベル1:器具または装具の使用が必要 レベル2:他者の援助、監視が必要 レベル3:他者の援助、監視と器具または装具が必要 レベル4:全面的に依存、活動に参加しない</p>	<p>歩行、姿勢、義肢、補助装具 セルフケアの客観的評価 ・食物摂取 ・更衣 ・家事 ・入浴 ・身づくろい ・寝返り ・排泄 ・一般的可動性</p> <p>動作前後のバイタルサイン、自覚症状 心機能検査:心エコー所見、心電図所見、心肥大 呼吸機能検査:スパイロ、血圧ガス所見、レントゲン所見 活動・運動パターンに関する検査データ</p> <p><筋骨格> 歩行状態、姿勢、四肢の腫脹、対称性、ROM(関節可動域) 関節の軋音、筋緊張、筋力</p> <p><呼吸器> 胸部の形:対称性、横隔膜の位置 努力呼吸(呼吸補助筋の使用、口すばめ呼吸、鼻翼呼吸) 胸部の拡張:左右差、咳:湿性/乾性、 痰:色調、量、性状、呼吸音、酸素療法(濃度、器具)</p> <p><循環器> 活動や治療、状況による血圧の変化 ペースメーカー(刺激回数・モード) 心拍数・リズム 皮膚温、色調、毛細血管再充満時間、 ばち指、浮腫 頸静脈圧 拍動PMI(最大拍動点)、 S1 S2 S3 S4 心雑音 末梢循環拍動:頸動脈 橈骨動脈 尺骨動脈 上腕動脈、膝下動脈、大腿動脈 脈 足背動脈 後頸骨動脈 ブリュイ(血管雑音)</p>	<p>活動耐性低下 活動耐性低下のリスク状態 消耗性疲労 身体可動性の障害 不使用性シンドロームのリスク状態 全体的セルフケアの不足(特定レベルの) 入浴/清潔セルフケアの不足 更衣/整容セルフケアの不足 摂食セルフケアの不足 排泄セルフケアの不足 気分転換活動の不足 家事家政の障害 人工換気装置困難 自発呼吸維持不能 非効率的気道浄化 非効率的呼吸パターン ガス交換の障害 心拍出量の減少 組織循環の変調(腎、脳、心臓、消化管、末梢血管) レフレキシア機能障害 乳児行動統合障害 乳児行動統合障害のリスク状態 乳児行動統合促進への準備状態 末梢性神経血管性機能障害のリスク状態 ベッド上可動性の障害(特定依存レベルの) 移行力の障害(特定依存レベルの) 歩行障害(特定依存レベルの) 車椅子可動性の障害(特定依存レベルの) レフレキシア機能障害のリスク状態 発達の変調のリスク状態 成長の変調のリスク状態 術後回復の遅延</p> <p>ベッド上可動性の障害 室内移行の不足 移動操作の障害 歩行障害 関節拘縮のリスク状態 成長の変調のリスク状態 発達の変調のリスク状態 成長発達の変調:セルフケア技能(特定レベルの)</p>

<注意> 各健康パターンの範囲をよく読むこと。各枠組みに含まれる主観的情報、客観的情報の例を一部示しているが、自分の受け持ち患者に必要な情報を考えて収集する必要がある。

- 内の看護診断名は、開発中で、北アメリカ看護診断協会(NANDA)が承認していないもの
- アンダーライン付きの看護診断名は、1998年NANDAが新しく採用したもの
- NANDAで承認された看護診断名は、看護問題のうちまだ極一部であるため、それ以外の問題は自分の言葉で表現する。
- 看護診断の定義や内容について、本を読んででも理解出来ない場合は、看護診断を用いず自分の言葉で表現する。

大阪大学医学部保健学科 成人・老人看護学講座 編

参考:Gordon,M.著、佐藤重美訳:ゴードン博士のよくわかる機能的健康パターン、照林社、1998。
北米看護診断協会著、松木光子監訳:NANDA看護診断 定義と分類 1999-2000、医学書院、2000。

	各健康パターンの範囲	主観的情報	客観的情報	看護診断
睡眠 ✦ 休息 パターン	<p>1.睡眠 2.休息/リラクゼーション</p> <p>睡眠、休息、リラクゼーションのパターンを記述すること。1日24時間の睡眠と休息-リラクゼーション時間のパターンを含む。患者の知覚している睡眠・休息の質と量、およびエネルギー・レベルを含む。また、患者が使用している薬物や夜間の定期的行為などの入眠を助けるための手段も含まれる。</p>	<p>家庭での睡眠時間、時間帯 寝つきの時間 眠りの深さ 寝るためになにかの助けをかりるか 夢をよくみるか うなされることがよくあるか 朝早く目がさめるか 休息/リラクゼーションのための時間はとれているか</p>	<p>入院中の睡眠時間、時間帯</p> <p>外観 欠伸(あくび) いらつき 注意・集中力の欠如</p>	<p>睡眠パターンの混乱 睡眠剥奪</p> <p>入眠困難 睡眠パターンの逆転</p>
認知 ✦ 知覚 パターン	<p>1.感覚・知覚機能 2.疼痛 3.認知機能</p> <p>感覚-知覚、および認識パターンを記述すること。視覚、聴覚、味覚、触覚あるいは嗅覚などの感覚様式の適切さ、およびその障害に対して用いられる代償器官や人工器具も含む。疼痛知覚およびいかに疼痛が管理されているかについての報告も含まれる。さらに言語、記憶および意思決定などの認知機能的能力が含まれる。</p>	<p>視力低下の有無、眼鏡の有無 視力検査をしたのはいつか 難聴の有無、補助具の使用の有無 日常生活においてどのどの影響がみられたか</p> <p>記憶力の低下など変化があるか 意思決定するのは容易か困難か 知識を得るのに一番簡単な方法は勉強したり知識を得ることは苦手か 痛みの有無、部位 痛いときにどのようにしていたか 理解力 痴呆の程度</p>	<p>視力・聴力や理解力などによる入院生活の中での影響</p> <p>視力 右(OD) 左(OS) 両眼(OU) 視野 眼球運動(EOMs) 対光反射 眼底鏡検査:光の赤色反射 視神経乳頭 黄斑 動脈・静脈 聴力:ウエーバー試験、リンネ試験 外耳道の状態 鼓膜の状態 感覚:表在感覚 深部感覚 二点識別 脳神経 I.嗅神経 II.視神経 IV.三叉神経 IIIIV.VI.動眼神経、滑車神経 外転神経 VII.顔面神経 VIII.聴神経</p> <p>行動 言語 語い 気分・情動 思考 過程 見当識:人、時間、場所 注意力、情報処理能力、語い能力 抽象思考、推論、判断 感覚の知覚と協応性</p>	<p>疼痛 慢性疼痛 片側無視 知識不足(特定の) 思考過程の変調 急性混乱 慢性混乱 状況解離障害シンドローム 記憶の障害 意思決定上の葛藤(特定の) 許容量の低下:頭蓋内</p> <p>疼痛自己管理の不足(急性、慢性) 非代償性感覚の欠如(特定のタイプと程度) 感覚過負荷(感覚-知覚の変調) 感覚減弱(感覚-知覚の変調) 注意-集中不足 非代償性の記憶喪失 非代償性の記憶喪失 認知障害のリスク障害</p>
自己知覚 ✦ 自己概念 パターン	<p>1.自己知覚 2.自己に対する感覚</p> <p>自己概念パターンと自己に対する知覚を記述すること。患者の自分自身に対する態度、能力(認知的、感情的、身体的)の知覚、ボディイメージ、アイデンティティ、一般的価値観、および一般的な情動パターンを含む。姿勢と動作のパターン、アイコンタクト、声の調子および話し方のパターンも含まれる。</p>	<p>自分についてどのように思っているか 自分のことを気に入っているか 将来の自分の生活をどのように描いているか 自分自身の身体や自分ができる事柄に何か変化があるか。それは自分自身にとって悩みの種か否か 病気になる前から、自分自身や自分の体について感じ方が変わったか 何かについてよく怒ったり、悩んだり、恐れることがあるか 不安に思うこと 自分の助けとなるものは自分自身の性格</p>	<p>いらいら感の有無 いろいろなことに対して怒りやすくなるか 気分がしずみがちか 何が支えとなっているか</p> <p>身体の姿勢 視線、表情 神経質かりラックスしているか 性格</p>	<p>恐怖 不安 孤独感のリスク状態 絶望 無力(重度、中等度、軽度) 自己尊重の混乱 自己尊重の慢性的低下 自己尊重の状況的低下 ボディイメージの混乱 自己傷害のリスク状態 自己同一性の混乱 慢性的悲哀 死への不安</p> <p>軽度不安 中等度不安 重度不安(パニック) 予期不安(軽度、中等度、重度) 反応性うつ状態(特定状況の) 失敗者意識(成人)</p>

	各健康パターンの範囲	主観的情報	客観的情報	看護診断
役割 ✦ 関係 パターン	<p>1.家族の役割・責任 2.職業上の役割・責任 3.社会的役割・責任</p> <p>役割参加と関係のパターンを記述すること。患者の現在の生活状況における主要な役割と責任の知覚を含む。これらの役割に関連した家族、仕事、もしくは社会的関係における満足や混乱、およびこれらの役割に関連した責任も含まれる。</p>	<p>住居 家族構成 患者が対処するのに家族の問題があるか否か 家族の患者への協力体制 普段、家庭ではどのようにして問題を解決しているか 家族や他の人は患者の病気や入院についてどのように思っているか 家族の中での患者の役割と入院による影響 親しい友人の有無、地域住民との関わり 仕事や子どもにたいする意識 職場（学校）ではうまくいっているか 経済的問題の有無 近隣関係</p>	<p>家族の患者への対応、 家族の面会、面会の長さ 家族構成、家族歴 家族の患者の病気、入院に対する理解 家族や周囲の人との関係、主体的か受け身的か</p>	<p>予期悲嘆 悲嘆機能の障害 役割遂行の変調 社会的孤立 社会的相互作用の障害 移転ストレス性シンドローム ベアレンティング変調 ベアレンティング変調のリスク状態 親の役割葛藤 親子（乳児）間愛着変調のリスク状態 家族介護者の役割緊張 家族介護者役割緊張のリスク状態 言語的コミュニケーションの障害 暴力のリスク障害：對自己 暴力のリスク障害：対他者 家族機能の変調（特定の） 家族機能の変調：アルコール症</p> <p>慢性の悲しみ 未解決の自立-依存の葛藤 社会的拒絶 成長発達の変調：社会的技能（特定の） 弱い親子愛着 親子（乳児）分離 サポート・システムの不足 成長発達の変調：コミュニケーション技能（特定タイプの）</p>
性 ✦ 生殖 パターン	<p>1.生殖歴・生殖段階 2.性に対する満足・不満足</p> <p>性パターンにおける患者の満足・不満足を記述し、生殖パターンについて記述すること。患者が知覚する性についての満足や混乱を含む。さらに女性の生殖段階、閉経前または閉経後、およびあると思われているすべての問題が含まれる。</p>	<p>生理中の問題の有無 初潮の時期 最終月経 経産回数 経妊回数 性的関係における変化や問題 避妊薬、避妊具の使用 乳房の自己診察、いつ行ったか</p>	<p><乳房> 形、対象性、乳頭、分泌物、腫瘍、リンパ節</p>	<p>セクシュアリティパターンの変調 性的機能障害 レイプ-心的外傷シンドローム レイプ-心的外傷シンドローム：複合反応 レイプ-心的外傷シンドローム：沈黙反応</p>
コー ピング ✦ ストレス パターン	<p>1.コーピングメカニズム 2.コーピングの効果 3.ストレスに対する耐性</p> <p>一般的コーピングパターン、およびストレス耐性という点からパターンの効果について記述すること。患者の自己統合性への挑戦に抵抗する予備力または能力、ストレスへの対処法、家族もしくは他のサポートシステム、および状況をコントロールし管理するための知覚された能力を含む。</p>	<p>緊張する程度、緊張したとき何か助けになるものはあるか否か、医師や薬、アルコールの使用の有無 この1.2年のうちで生活での大きな変化 生活上の問題に対してどのように対処しているか 精神的、物的サポートとなる人の存在 人生のなかで大きな問題が生じた場合、 どのように対処するか 自分がおこなった対処方法は有効で</p>	<p>問題に対する対処行動 ストレス対応行動パターン コーピングの資源（行動的、心理的）</p>	<p>非効果的個人コーピング 防衛的コーピング 非効果的否認 適応障害 心的外傷後反応 心的外傷後シンドロームのリスク状態 家族コーピング：潜在的な成長力 非効果的家族コーピング：中途半端な 非効果的家族コーピング：無力な 非効果的地域社会コーピング 地域社会コーピング促進への準備状態</p> <p>回避的コーピング 非効果的否認または否認</p>
価値 ✦ 信念 パターン	<p>1.価値観・信念・欲望 (人生、健康についての) 2.魂（精神性）</p> <p>選択や意思決定を導き出す価値観、目標、信念（霊的なものを含む）のパターンを記述する。人生において重要と思っている事柄、QOL（生活の質）、および価値や信念上の知覚された葛藤、健康に関連する期待などが含まれる。</p>	<p>生活で手に入れたいと思うものが得られたか 将来のための重要な計画はあるか その人が大切にしている考え方、価値観 生活の中で宗教は重要か 困難が生じた場合、自分の大切にしている考えや宗教が助けになるか 宗教の影響</p>	<p>その人が大切にしているものがベッドサイドにおかれているか その人の大切にしている考えや人生観によって、影響をうけている健康行動はないか 宗教に関係するものが置かれているか 宗教実践 宗教関係者の訪問</p>	<p>霊的苦悩（魂的苦悩） 霊的安寧促進の準備状態 霊的苦悩のリスク状態</p>

I-1 データベース(フェイスシート)

注：患者名は伏字にすること

氏名	(男・女)	歳
居住市		
病棟		
診断名		
現病歴・既往歴 (受け持つまでの経過も含む)		

I-2 看護過程 (データベースとアセスメント過程)

月日	患者の示す反応および状態 主観的データ(S).客観的データ (O)	情報の 整理・解釈・総合	分析および その根拠	問題の 統合	月日	看護上の問題 (看護診断)
健康知覚♣ 健康管理 パターン				(関連図の提示) 各自B4サイズで作成		
栄養♣代謝 パターン						
排泄パター ン						
活動♣運動 パターン						

II 看護過程 (計画・実施・評価)

No.

月日	看護上の問題 (看護診断)	目標(看護方針) [評価予定日]	月日	看護計画 (看護処方)	計画の根拠・文献等	実施	月日	問題の評価

IV 継続看護のための要約

患者氏名	年齢	性別
病棟	受け持ち期間	診断名
残存する問題と継続してケアが必要な問題 (看護上の問題・看護診断に沿って)		

表2 成人看護学Ⅱの教案の一例

1. 基礎知識 1)病態生理 2)医学診断：DM 3)検査と治療	(指導方法) ▲復習 ▲クイズ
2. 看護診断過程 1)情報収集（ゴードンのデータベースを使用） 2)フィジカルアセスメント：下肢，血行に関する * 下肢の感覚・知覚・温覚・ 痛覚・API etc. 3)検査データ概念 4)分析に必要な理論の提示 5)看護診断について ○ノンコンプライアンス ○効果的治療計画管理 ○適応障害 △排尿障害 ○不安 △排便の変調	(指導方法) ▲事例を用いた展開 (個人のグループ) ▲OHP
3. 看護援助 1)アセスメントとノンコンプライアンスの改善 2)不安のアセスメントとその改善 etc.	(指導方法) ▲OHP ▲指導案の作成 デモンストレーション
4. 共同問題 低血糖 高血糖 etc.	

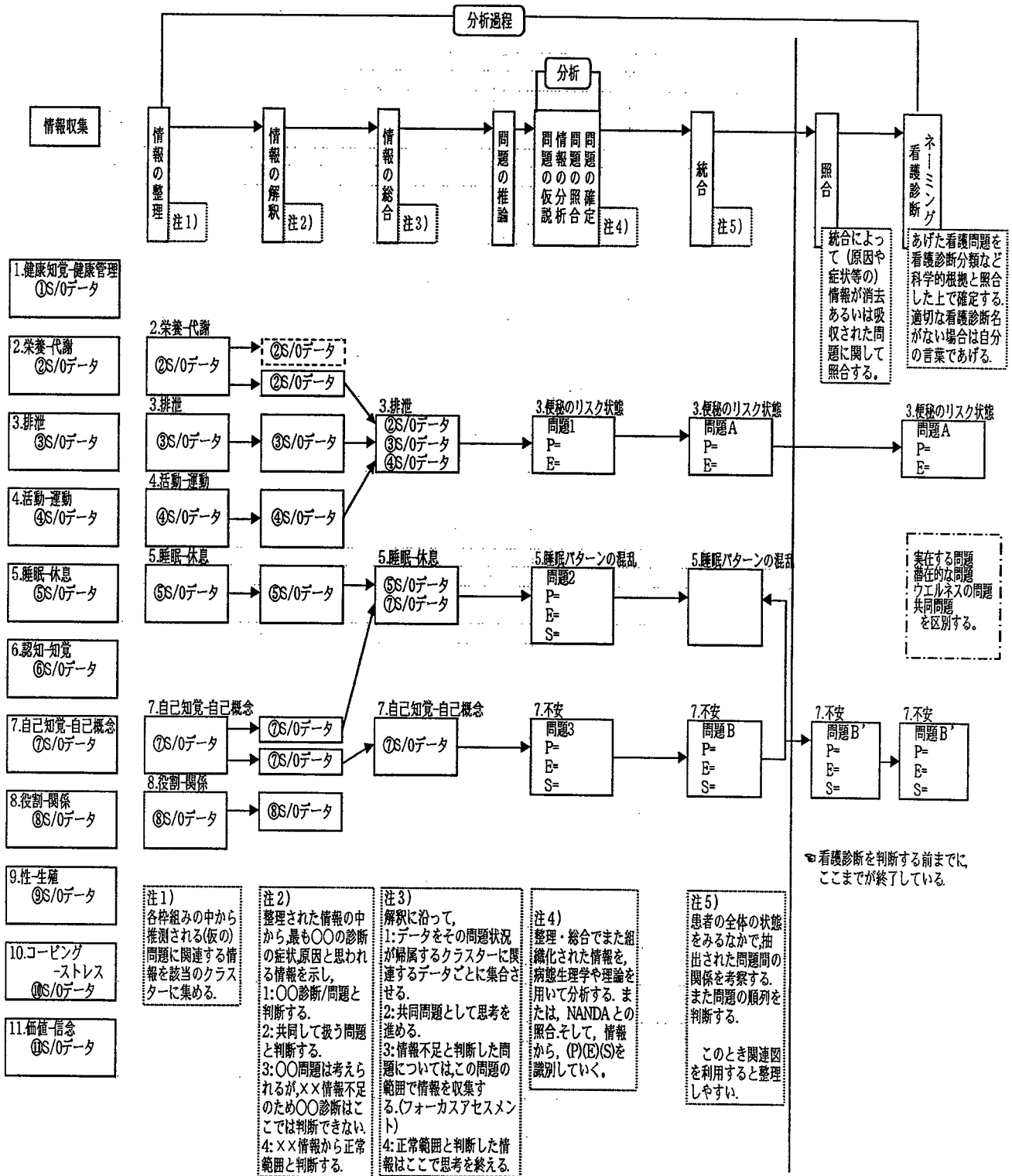


図2 看護診断までの思考過程

看護診断	目標	看護計画	看護記録		評価
7/1 1. 便秘 E=水分摂取量の低下(500cc/日) 運動量の低下 S=5日間排便なし 腹満感あり グル音減弱	1.便秘が解消したことを以下の状態で示す ①水分摂取量 1500cc以上/日(7/7までに) ②排便が1回夕方(7/1)までにある ③便秘に関する随伴症状が消失する(7/3~4以内) ④排便回数が入院前の1日1回に戻る(7/14までに)	1-1 OP: ①排便の有無 ②水分摂取量 ③排便に関する随伴症状の有無 TP/EP ①水分摂取の援助一例- ・ベットサイドにPt 好みの水分を置く ・記録するように指導 ・ナースエイドに水分摂取を1日3回はすすめるように指示 ②食事内容の検討を栄養士とFaと一緒に 行う etc.	7/4 #1便秘 16:00	S. 10AM腹満感はないが食事は1/4も食べられない O. 10AMグル音は左右とも強くなった S. 12PM昼からはもっと飲める O. 1PM, 3PMにナースエイドが水分摂取を勧めると250cc×2(お茶)を摂取 A. 現在まで水分摂取量1100ccであり本人も飲めるとのこと。昨日の1200ccより増加が望める。グル音も朝から左右とも強くなっていることから便秘は継続しているが腹部症状は改善の傾向あり ○○N/S	7/1 4PMに浣腸 排便(中程度,硬便) 1回あり,達成である ○○N/S 7/7 目標①の水分摂取に関しては7/4頃より1200~1500cc摂取量が増えている。この2日では1500~2000ccを維持されていることから達成。しかし③は達成していないことから部分達成 ○○N/S

図3 診断, 目標, 計画, 介入, 評価の関係