



Title	子どもへの病気説明に関する看護師の認識と実践
Author(s)	高田, 一美; 高城, 智圭; 高城, 美圭 他
Citation	大阪大学看護学雑誌. 2010, 16(1), p. 1-8
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/56872
rights	©大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

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

The University of Osaka

子どもへの病気説明に関する看護師の認識と実践

高田一美*、高城智圭**、高城美圭***、文字智子****、河上智香*、藤原千恵子*

要 旨

子どもへの病気説明に関する、看護師の必要性の認識と具体的な実践状況を明らかにする事を目的に、小児に関わる看護師に質問紙調査を行い、169名を分析対象とした。132名(78.1%)の看護師が病気説明を必要と考え、125名(74.0%)が実施していた。また、小児専門病院で勤務する看護師や小児看護経験年数6年以上の看護師は、家族からの説明の拒否を多く経験しながらも、子どもの要求を捉えた説明を実践していた。そして、看護師が捉えた説明実施後の良かった点と子どもにとってのプラス面での変化は一致していた。しかし、看護師は説明実施後の困った点は挙げられたものの、子どもにとってのマイナス面での変化は捉えていなかった。看護援助の客観的な評価につなげて行くためには、子どもにとってのプラス面とマイナス面の両方からの変化の把握が必要である。子どもの本音が表出しやすい環境を整えることも大切な要素になると考えられる。

キーワード：子ども、病気説明、看護師、認識と実践

I. はじめに

1994年の子どもの権利条約の批准に伴い、「子どもの権利」が強調されるようになった。1999年には日本看護協会によって、「小児看護領域の看護業務基準」が作成され、臨床現場において「子どもの知る権利」への保証が求められるようになってきている。子どもへのインフォームド・コンセントは、医師の立場による病名告知や治療の説明¹⁾から、看護師の立場による説明後の支援や課題の検討、検査・処置への説明へと移行²⁾してきており、近年では、子どもや家族の心理面に働きかけるプレパレーション³⁾を含め広義に解釈されつつある。また、看護領域での病気の説明に関するレビューでは、実践阻害要因として、子どもの発達や年齢といった子ども側の問題⁴⁾や医療者の態度や姿勢といった医療従事者側の問題⁵⁾が挙げられている。しかし、それらの先行研究は、事例に基づいた解説や総説が多く⁶⁻⁹⁾、データに基づいた検証は少ない。

看護師は、子どもがおかれた状況にあわせたプレパレーションを行うことで、子どもの頑張る力を引き

出している¹⁰⁻¹¹⁾。そして子どもは、頑張る力を発揮してその状況を乗り越えていこうとする。蝦名らは、発達段階別に様々な医療処置を受ける場面でのケアモデルをまとめ、家族をふまえた状況報告とチェックリストの提示¹²⁾をし、看護師がどのように子どもや家族に関わるかを示している。しかし、子どもの病気との付き合いは、一時的な頑張る力では終わらず、長く家庭生活、将来へ続いていく。その中で、子ども自身が主体的に病気と向き合い治療に参加していくためには、家族や看護師のサポートを受けながら病気について説明された事を、子どもなりに理解していく必要がある。そのためには、具体的な看護師の病気説明の実践方法を見出していくことが、重要になると考える。本研究では、看護師の病気説明とは、疾患や治療の説明のみではなく、今後の生活への影響や注意点・対処などを含めた説明とした。

そこで、本研究の目的は、臨床現場に従事する看護師を対象として質問紙調査を行い、子どもへの病気説明に関して、看護師の必要性の認識と具体的な実践状況を明らかにし、属性による差異を分析す

* 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻、** 慶應義塾大学看護医療学部、*** 西京病院、**** 兵庫県立こども病院

ることである。

Ⅱ. 研究方法

1. 対象

小児の入院する病棟の看護師 466 名を対象とした。師長などの管理職は除いた。

2. 調査方法

2005 年 10 月～12 月に、全国の小児が入院する病棟を有する 500 床以上の一般病院および 300 床以上の小児専門病院の中から無作為に 40 施設を選び、看護部に調査協力の依頼をした。調査協力の承認を得られた 20 施設において、看護部を通して病棟看護師に調査を依頼し、無記名の自記式質問紙調査を行った。

3. 調査内容

質問紙の構成は以下の通りである。

1) 対象の属性: ①病棟の種類(小児専門病院の病棟(以下、専門病院)、小児科病棟、成人との混合病棟(以下、混合病棟))、②小児看護経験年数、③小児看護以外の経験の有無

2) 子どもへの病気説明に関する認識と実践: ①病気説明の必要性の認識と実施経験、②説明が必要だと思う最少発達段階と実施した最少発達段階、③説明が必要だと思う時期と実施した時期、④実施の判断基準、⑤家族から説明を拒否された経験

3) 子どもへの病気説明に関する経験: ①医師から子どもへの説明時の立ち会いの有無、②説明の準備、③説明内容、④説明時の工夫

4) 看護師の病気説明に対する意識: ①実施後の子どもの変化(自由記載)、②実施による良かった点、困った点(自由記載)

4. 分析方法

統計処理には SPSS Ver.14J を使用した。看護師の属性による群間の比較には χ^2 検定を用い、有意水準を 5%未満とし、群間の関係をみるために残差分析を行った。残差分析とは、 χ^2 検定後の検定であり、個々の変数の実測値と期待値との差を示す。自由記載の内容は、十分な研究経験のある教員にスーパーバイズを受けながら分類後、小児看護の教

員・看護師による複数での内容の一致性を図った。

5. 倫理的配慮

調査は、看護部には質問紙の配付にのみ関与してもらい、調査の参加が自由意思で行われるよう、無記名で記入後、回答者自身に郵送してもらう方法で行った。質問紙には、①調査の主旨、②結果は統計的に処理され個人が特定されないこと、③結果を学会、論文にて発表すること、を明記した。質問紙の返送によって研究参加に同意したとみなした。

Ⅲ. 結果

分析対象は、171 名(回収率:36.7%)のうち、回答の不備 2 名を除いた 169 名(有効回答率:98.8%)であった。

1. 対象の属性

看護師の所属する病棟の種類は、小児専門病院が 49 名(29.0%)、小児科病棟が 81 名(47.9%)、混合病棟が 39 名(23.1%)であった。小児看護経験年数は、平均 5.1 年($SD=5.1$)であり、6 年未満群は 113 名(66.9%)、6 年以上群は 41 名(24.3%)、無回答 15 名(8.8%)であった。小児看護以外の経験ありは 94 名(55.6%)、なしは 57 名(33.7%)、無回答は 18 名(10.7%)であった。

2. 子どもへの病気説明に関する認識と実践

子どもへの病気説明は、「必要だと思う」が 132 名(78.1%)、「どちらとも言えない」が 35 名(20.7%)、「無回答」が 2 名(1.2%)であった。子どもへの病気説明の実施経験は、「あり」が 125 名(74.0%)、「なし」が 44 名(26.0%)であった。病気説明が必要だと思う最少発達段階は、「幼児後期」が 84 名(49.7%)、「幼児前期以前」が 50 名(29.6%)、「学童期以降」が 32 名(18.9%)、「無回答」が 3 名(1.8%)であった。実際に病気説明を実施した最少発達段階は、「学童期以降」が 53 名(42.4%)、「幼児後期」が 48 名(38.4%)、「幼児前期以前」が 23 名(13.8%)、「無回答」が 1 名(0.8%)であった。

子どもへの病気説明が必要だと思う時期は、「医療者が必要と感じた時」が 116 名(69.5%)、「子どもが要求した時」「家族が要求した時」が各 115 名

(68.9%)、「診断名がついた時」が 80 名(47.9%)、「再入院した時」が 53 名(31.7%)であった。実際に病気説明を実施した時期では、「医療者が必要と感じた時」が 82 名(65.6%)、「子どもが要求した時」が 60 名(48.0%)、「家族が要求した時」が 29 名(23.2%)、「診断名がついた時」が 19 名(15.2%)、「再入院した時」が 18 名(14.4%)であり、必要と思う時期と同じ順であった。

病気説明の実施に当たり、看護師自身の判断基準があるが 123 名(98.4%)であった。判断基準の内容は、表1のように、「年齢(発達段階)」が 113 名(91.9%)、「子どもの理解度」が 109 名(88.6%)、「家族の説明希望」が 82 名(66.7%)、「家族の理解度」が 78 名(63.4%)などであった。

子どもへの説明経験がある125名中、「家族から説明を拒否された経験あり」は 60 名(48.0%)であった。拒否された時の対応は、「家族が拒否する理由を聞く」が 48 名(80.0%)、「家族の意向に沿う」が 42 名(70.0%)、「家族の意向を医師に伝え協働する」が 32 名(36.7%)、「再考を促す」が 22 名(36.7%)、「子

どもの意向を確認する」が 5 名(8.3%)、「その他」が 3 名(5.0%)であった。

3. 看護師の属性による認識と実践の差異

看護師の病気説明に関する認識と実践は、「病棟の種類」の違いでは、表 2 のように「必要性の認識」($p<0.05$)、「家族からの説明拒否経験の有無」($p<0.05$)と有意差が見られた。混合病棟、専門病院、小児科病棟の順に必要性を認識しており、また、専門病院、混合病棟、小児科病棟の順に家族からの説明拒否を経験していた。表 4 のように、説明実施時期の「子どもが要求したとき」($p<0.05$)の間にも有意差が見られ、専門病院、小児科病棟、混合病棟の順で、子どもが要求したときに説明を実施していた。「小児看護経験年数」の違いでは、表 3 のように、「必要性の認識」($p<0.05$)、「家族からの説明拒否経験の有無」($p<0.01$)と有意差が見られた。6 年以上群が 6 年未満群よりも高く必要性を認識し、多く家族からの説明拒否を経験していた。「小児看護以外の経験の有無」の違いでは、差異は見られなかった。

4. 子どもへの病気説明に関する経験

子どもへの説明経験がある125名中、「医師から子どもへの説明時に立ち会うようにしている」は 84 名(67.2%)であり、立ち会う理由として 54 名中、「今後の看護へ活かす」は 26 名(44.4%)、「理解度を知る」は 17 名(31.5%)、「反応を知る」「説明内容の把握」は 13 名(24.1%)、「医師-看護師間の統一」は 4 名

表 1 説明実施時の看護師の判断基準 (n=123)

	人数 (回答率)
年齢 (発達段階)	113 名(91.9%)
子どもの理解度	109 名(88.6%)
家族の理解度	78 名(63.4%)
病気の種類	75 名(61.3%)
子どもの病気への関心	73 名(59.3%)
子どもの説明希望	73 名(59.3%)
医師から子どもへの説明の有無	65 名(52.8%)
家族から子どもへの説明の有無	60 名(48.8%)

表 2 病気説明の認識と実践の病棟の種類別にみた差異

項目		病棟の種類別回答数			χ^2 検定	残差検定
		専門	小児科	混合		
認識	病気説明の必要性	回答数 48	80	39	6.162 *	混合>専門>小児科
	思う	40(83.3%)	57(71.3%)	35(89.7%)		
	どちらとも思わない	8(16.7%)	23(28.7%)	4(10.3%)	4.816	
	病気説明が必要な発達段階	回答数 48	79	39		
実践	病気説明の実施経験	回答数 49	81	39	6.794	
	有り	41(83.7%)	54(66.7%)	30(76.9%)		
	無し	8(16.3%)	27(33.3%)	9(23.1%)	5.213	
	病気説明を実施した発達段階	回答数 41	53	30		
家族からの拒否経験の有無	病気説明を実施した発達段階	回答数 40	54	30	13.748**	専門>混合>小児科
	幼児前期以前	8(19.5%)	7(13.2%)	8(26.7%)		
	幼児後期	15(36.6%)	19(35.8%)	14(46.7%)	5.213	
	学童期以降	18(43.9%)	27(50.9%)	8(26.7%)		

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

表 3 病気説明の認識と実践の小児看護経験年数別にみた差異

項目		小児看護経験年数別回答数		χ^2 検定	残差検定
		6年未満	6年以上		
認識	病気説明の必要性	回答数 112	40	6.450 *	6年以上>6年未満
		思う 82(73.2%)	37(92.5%)		
		どちらとも思えない 30(26.8%)	3(8.1%)		
		回答数 111	40	3.737	
実践	病気説明が必要な発達段階	幼児前期以前 28(25.2%)	16(40.0%)		
		幼児後期 59(53.2%)	18(45.0%)		
		学童期以降 24(21.6%)	6(15.0%)		
	病気説明の実施経験	回答数 113	41	3.235	
		有り 79(69.9%)	35(85.4%)		
		無し 34(30.1%)	6(14.6%)	0.994	
		回答数 78	35		
	病気説明を実施した発達段階	幼児前期以前 15(19.2%)	6(17.1%)	0.994	
		幼児後期 28(35.9%)	16(45.7%)		
		学童期以降 35(44.9%)	13(37.2%)		
	家族からの拒否経験の有無	回答数 79	34	13.180 *	6年以上>6年未満
		有り 31(39.2%)	26(76.5%)		
		無し 48(60.8%)	8(23.5%)		

* p<0.05 ** p<0.01

表 4 病気説明の必要な時期と実施時期の病棟種類別にみた差異 (有りのみ表記)

		病棟の種類別回答数			χ^2 検定	残差検定
		専門	小児科	混合		
病気説明が必要な時期	回答数	49	80	39		
	医療者の判断した時	38(77.6)	54(67.5)	24(61.5)	2.776	
	子どもが要求した時	39(79.6)	52(65.0)	24(61.5)	4.120	
	家族が要求した時	33(67.3)	56(70.0)	26(66.7)	0.174	
	診断名がついた時	27(55.1)	35(43.8)	18(46.2)	1.614	
	再入院時	17(34.7)	22(27.5)	14(35.9)	1.173	
	その他	6(12.2)	8(10.0)	6(15.4)	0.732	
病気説明の実施時期	回答数	41	53	30		
	医療者の判断した時	29(70.7)	31(58.5)	22(73.3)	2.464	
	子どもが要求した時	26(63.4)	24(45.3)	10(33.3)	6.634 *	専門>小児科>混合
	家族が要求した時	9(22.0)	14(26.4)	6(20.0)	0.510	
	診断名がついた時	6(14.6)	8(15.1)	5(16.7)	0.059	
	再入院時	4(9.8)	10(18.9)	4(13.3)	1.591	
	その他	10(24.4)	7(13.2)	5(16.7)	2.012	

(%)は回答率を示す

* p<0.05 ** p<0.01

(7.4%)であった。また、子どもへの説明の準備として「子どもが知りたい内容や範囲を子どもから確認」79名(63.2%)や、「説明者や場所の希望を子どもから確認」50名(40.0%)が行われていた。説明する内容は、「日常生活の注意点」が107名(85.6%)、「病気や体のしくみ」が93名(74.4%)、「体調が悪化した時のサイン」が79名(63.2%)、「治療方針や内容」が7名(5.6%)、「自己管理方法」が6名(4.8%)であった。また、看護師は説明時に工夫していることは、「プレパレーション用物品を使う」が49名(39.2%)、「表現方法の工夫」が28名(22.4%)であった。説明のために病棟で準備している物品は、「パンフレット」42名(33.6%)、「おもちゃ・人形」18名(14.4%)、「エプロンシアター」6名(4.8%)であった。

5. 看護師の病気説明に対する意識

病気説明を実施した後の子どもの変化は、表5のように、「治療・処置への協力ができる」は28名(22.4%)、「具体的な病気への認識ができる」は19名(15.2%)などであった。また、病気説明を実施して良かった点は表6のように、「子どもが病気に関心を持って取り組める」は37名(29.6%)、「看護師が積極的に取り組める」13名(10.4%)など、困った点では、

表 5 説明後の子どもの変化 (n=125)

	人数 (回答率)
治療・処置への協力ができる	28名(22.4%)
具体的な病気への認識ができる	19名(15.2%)
予防行動・自己管理行動がとれる	14名(11.2%)
質問が増えた	8名(6.4%)
恐怖心が和らぐ	3名(2.4%)
心の準備が出来た	2名(1.6%)
その他	7名(5.6%)

表 6 説明して良かった内容・困った内容

説明して良かった内容 n=125	人数 (回答率)	説明して困った内容 n=125	人数 (回答率)
子どもが病気に興味を持って取り組める	37 名 (29.6%)	子どもが精神的に不安定になる	10 名 (8.0%)
看護師が積極的に取り組める	13 名 (10.4%)	分かりやすい説明が難しい	9 名 (7.2%)
親が前向きになる	1 名 (0.8%)	状態が悪化したときのサポートが難しい	3 名 (2.4%)
		医療を拒絶することがあった	2 名 (1.6%)
		説明後のサポートが難しい	1 名 (0.8%)
		わからない	1 名 (0.8%)

「子どもが精神的に不安定になる」10 名(8.0%)、「わかりやすい説明をするのが難しい」9 名(7.2%)などが多かった。

IV. 考察

今回、子どもが入院する病棟の看護師の約8割が、子どもへの病気説明を必要と考え、約7割が実施していた。看護師は、子どもに対して病気を理解できるように働きかけている現状が示されている。子どもへの病気説明は、混合病棟の看護師や小児看護経験年数6年以上の看護師の方が必要性をより強く認識していたが、病気説明の実施状況には差がなく、小児と関わる病棟では日常的に行われている看護実践であると考えられる。

子どもへの病気説明の具体的な実践状況では、幼児前期以降の子どもに対して行う必要があると考えており、説明を実施する時も、「年齢(発達段階)」や「子どもの理解度」を判断基準として重視している。また、子どもに説明を実施する時期は、医療者の判断時が、全体では最も多かった。子どものニーズは、看護師だけではなく子どもと接する全ての医療者がキャッチするものであり、説明を実施する時期を決める重要な要因となっているためと思われる。しかし、専門病院の看護師は、小児科病棟・混合病棟の看護師に比べ、子どもの要求時に多く説明していた。子どものこころは各発達段階で特徴があり、配慮する点も異なる¹³⁾。そのことから、子どもに説明するには、看護師のアセスメント能力やコミュニケーションスキルが影響すると予測される。専門病院では、様々な発達段階や疾患の子どもと接する機会が多いた

め、看護師は、日頃から子どもの要求を受け止め、説明する努力をしている事が反映していると考えられる。また、多くの看護師が、判断基準に「家族の希望」や「家族の理解度」も挙げており、親の意向も重視していると考えられる。日本では、子どもの闘病生活は母親が中心となっており、医師から子どもに情報が伝達されるかどうかは母親の考えが影響するといわれている¹⁴⁾。実際に、専門病院の看護師は、混合病棟・小児科病棟の看護師に比べ、家族から説明を拒否される経験が多かった。専門病院に入院する子どもの疾患は難しいものが多く、子どもへの説明に家族の不安が強くなるためと思われる。このような状況の中でも、専門病院の看護師は、家族に働きかけながら、子どもを治療の主体として考え、説明を実践していると思われる。

子どもへの病気説明を行うにあたって、看護師は、前もって子どもから、知りたい内容や説明して欲しい人や場所の情報を得て、さらに、医師の説明時には立ち会い、子どもの反応や理解度などを把握していた。そして、看護師は、子どもの目線に合わせ、認知レベルに応じた言葉を使い、プレパレーション用の物品を利用するなどの工夫をすることで、説明内容が、より子どもが理解できる内容になるよう努めていた。これらのことから、看護師は、子どもの状態を総合的にアセスメントしながら、次の発達段階を想定して、子ども自身が病気と共に成長していけるように働きかける視点を持っていると考えられる。

病気の説明は、説明することだけでなく、聞いた後のフォローが重要であるといわれているが、今回の調査では、実施後の子どもの変化を捉える段階まで

を含んだ実践を行っていることが明らかになった。看護師は、良かった点として、「子どもが病気に関心を持って取り組める」、困った点として、「子どもが精神的に不安定になる」を挙げていた。看護師は、病気説明後に、「治療・処置への協力ができる」「具体的な病気への認識ができる」「予防行動・自己管理行動がとれる」などの子どもの変化を捉えていた。これらのことから、説明が子どもにとってどのような意味や影響があるのかを評価するという視点も重要であると認識している。子どもは、大人の期待に応え、頑張っている姿、良い子であろうとする姿を見せがちである。看護師は、看護援助に活かしやすいため、子どものそういった姿に目を向ける傾向にある。しかし、時間とともに現れる子どもの変化を、より客観的に評価するためには、子どもにとってのプラス面とマイナス面の両方からの変化を把握する必要があると思われる。マイナス面の変化を受け止めるには、子どもが本音を出しやすい場が必要であり、看護師は家族と協力し話しやすい雰囲気作りに努めるとともに、必要に応じて、心理士・保育士・チャイルドライフスペシャリスト/ホスピタルプレイスペシャリストなどの他職種を活用していくことも有用であると考えられる。また、看護師が挙げた看護援助への困難感、不安感も、他職種の関わりから解決の糸口につながる可能性があると思われる。子どもへの病気説明において、子ども自身が病気の理解を深め、発達課題に応じたニーズを満たしていくためのケアは欠かすことが出来ない。そのために、看護師は、人的・物的な環境を整え、家族と連携し、子どもへの病気説明とそれに関する援助を実践していくことが必要となる。

V. 研究の限界と今後の課題

今回、「病棟の種類」や「小児看護経験年数」での違いが見られたが、小児科病棟の看護師が約5割、小児看護経験年数6年未満の看護師が約7割と属性に偏りが見られた。小児専門病院やベテラン看護師など、対象者を絞った調査を行うことで、より具体的な子どもへの説明の実践状況の把握と課題が明らかになるのではないかと考えられる。

VI. 結論

- ①子どもが入院する様々な病棟の看護師169名(回収数171名、回収率36.7%、有効回答率98.8%)の分析対象のうち、約8割が子どもへの病気説明を必要と考え、約7割が実施していた。
- ②看護師は「医療者が必要だと感じた時」に、子どもに対して病気説明をしていたが、家族の「希望」「理解度」や子どもの「関心」「希望」も説明実施の判断基準に挙がっており、家族と協力しながら、子どもを主体と考えて病気説明を実施していると思われた。
- ③「病棟の種類」では、「必要性の認識」「家族からの説明拒否経験の有無」「子どもが要求したとき」(各 $p<0.05$)と有意差が見られ、「小児看護経験年数」では、「必要性の認識」($p<0.05$)、「家族からの説明拒否経験の有無」($p<0.01$)と有意差が見られた。必要性の認識や家族からの説明拒否の経験の違いがあっても、属性の違いで実践には差がなく、小児と関わる看護師にとって日常的に行われている看護実践であると考えられた。
- ④看護師は、病気説明実施後に子どものプラス面の変化を捉えていた。子どもにとってのプラス面とマイナス面の両方からの変化を把握することが、より客観的な看護実践の評価に繋がると考えられる。

参考・引用文献

- 1) 森本克, 細谷亮太(2004). インフォームド・コンセント, 小児看護, 27(9), 1053-1056
- 2) 加藤和子他(2000). こどもに対するインフォームド・コンセントに関する研究-1991年から1998年までの小児医療に関連した文献検討-. 山梨県立看護大学紀要, 2(1), 23-33
- 3) 大西文子, 杉浦太一, 羽根由乃(2002), 看護者が行う小児へのインフォームド・コンセントの現状-全国400床以上の病院と小児専門病院へのアンケート調査結果から-. 日本看護学会誌, 11(1), 60-69
- 4) 蝦名美智子(2000). 子どもの発達課題からみた医師・看護師・親の子どもへの説明の実際, 小児看護, 23(13), 1763-1767

- 5)富岡晶子, 中久喜町子(1999). 子どもに対するインフォームド・コンセントの現状と課題. 川崎市立看護短期大学紀要, 4(1), 47-57
- 6)辻ゆきえ(2005). 主体的な闘病生活の促し 情報提供を受ける小児がんの子どもに対する看護師の働きかけ. 日本看護科学会誌, 25(2), 65-74
- 7)小澤武司他(2001). 小児てんかん患者に対する病名告知についての検討. 小児科診療, 54(5), 831-834
- 8)古谷佳由理(1999). 外来における小児がん患者への病名告知に対する看護援助. 千葉県看護学会誌, 5(2), 55-60
- 9)吉川彰二, 上吹越美枝(2001). 幼児後期の心臓手術受ける子どもの不安-母親の説明との関係-, 大阪府立看護大学紀要, 7(1), 55-63
- 10)小阪和子, 外賀照美, 橋本由紀(2008). 術前・術後のプレパレーションの実際. こどもケア, 2(7), 15-19
- 11)清水弥喜他(2008). さまざまな場面でのプレパレーション. 小児看護, 31(5), 622-637
- 12)蝦名美智子他(2008). 医療処置を受ける子どもへのケアモデル. 小児看護, 31(5), 579-620
- 13)永井洋子, 林弥生(2004). こころの発達. 小児看護, 27(9), 1074-1078
- 14)淵本佳奈, 森山美知子, 宮里邦子(2005). 家族の患児に対する診断名の告知に関する検討. 小児看護, 28(7), 923-931

NURSES' AWARENESS AND PRACTICE OF DISEASE EXPLANATION FOR HOSPITALIZED CHILDREN

Hitomi Takada · Chika Takagi · Mika Takagi · Tomoko Monji
Chika Kawakami · Chieko Fujiwara

Abstract

The aim of this study was to clarify how nurses in actual practice explain to a child the disease the child is suffering from. The subjects of this survey were nurses who take care of hospitalized children, and the subjects of the actual analysis were 169 such nurses. The nurses who thought it necessary to explain a disease numbered 132 (78.1%), and 125 (74.0%) put it into actual practice. In addition, nurses in pediatric hospitals and those with pediatric nursing experience of six years or more gave an explanation if the child asked for it in spite of strong objection by the child's family. After the nurses had explained the disease to the child, two things were agreed upon: one is what the nurses thought was good, the other is what resulted in a change for the better for the children. As for the nurses, they were worried after giving their explanation, but they couldn't understand which changes were to the disadvantage of the children. For disease explanation as part of nursing care to be evaluated objectively, it is necessary that nurses understand and distinguish both positive and negative changes. It is therefore important that nurses create an environment in which children can easily express their real feelings.

Keywords : Children, disease explanation, nurse, awareness and practice