

精神看護における看護過程展開時の使用理論

宮崎 徳子¹⁾・竹内志保美¹⁾・山田紀代美¹⁾
寺岡 昌子¹⁾・小島 洋子¹⁾・小出扶美子¹⁾
小栗 直子²⁾

1) 静岡県立大学短期大学部看護学科

2) 名古屋市立中央看護専門学校

PSYCHIATRIC NURSING THEORY ON NURSING PROCESS

MIYAZAKI, Tokuko TAKEUTI, Sihomi YAMADA, Kiyomi
TERAOKA, Masako KOJIMA, Youko KOIDE, Humiko
OGURI, Naoko

はじめに

身体的健康障害を持つ患者の看護実践において、看護過程を展開するときの視点となる看護理論は、近年多くの理論家によって開発され、看護実践に使用されている。しかし、精神障害を持つ患者の看護理論の開発や使用は、十分とは言えない。今後精神障害のある患者の看護理論の開発は意欲的になされるであろうが、今回精神科病棟において使用される看護理論を調査し、今後の精神看護における理論について考える為に、この研究に取り組んだ。

1995年聖隷学園浜松衛生短期大学金城らの「看護基礎教育における精神科看護カリキュラムに関する実態調査」の中で全国の看護教育機関920施設での理論ベースの調査において¹⁾72.4%が問題志向及びニード論を使用し、中でもヘーダーソンのニード論を採用している施設が71.9%あり、相互作用・人間関係論を理論ベースにしている施設は44.8%でその中ではオーランド48.2%、ペプロー41.9%、トラベルビー34.7%あり、システム志向理論は12.7%で主にロイの適応論を使用していると報告されている。こうした現状から見ても理論枠組の多様性は臨床の現状の多様性をも関連をしていると思われる。

今回の調査は、公立総合病院の精神科病棟を対象としたものであるため、単科の精神病院の実態は推察できないが、精神科病棟での傾向は概ね考察できると考え、研究を進めてきた。

調査目的

精神看護の臨床における看護過程展開時の使用理論について実態を調査し、今後の精神看護の発展の方向を考える基礎としていく。

・調査対象

全国の公立総合病院の精神科病棟勤務の看護婦・士及び准看護婦・士

・調査項目

- * 患者理解の視点
- * 看護過程展開時の状況
- * 使用理論
- * 理論の必要性と認識

・調査方法

1. 調査についての説明と調査協力の依頼

全国の公立総合病院97施設に対して調査の目的及び調査内容を提示し、了承を得た67施設について調査を依頼した。

2. 調査協力承諾施設へのアンケート用紙による郵送調査法

了承施設の看護婦・士、准看護婦・士1547名にアンケート用紙を発送

3. 調査期間

平成8年1月20日～2月20日

4. 回収結果

回収数 1382名(回収率89.2%)
有効回収数 1231名(有効回答率89.1%)

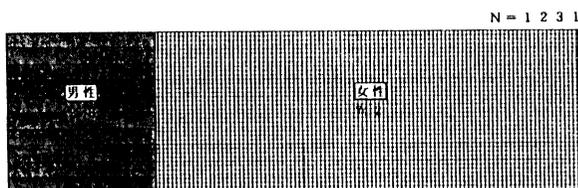
5. データ分析方法 コンピューターソフト「HALBAU」を用いて統計学的に分析を行った。

・調査結果

1. 背景

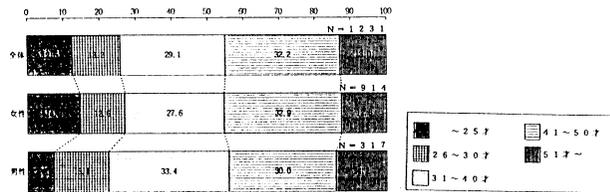
1) 性別 表1参照 男性 317名(25.8%) 女性 914名(74.2%)

表1)



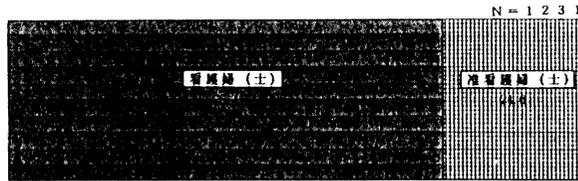
2) 年齢 表2 参照

表2)



3) 資格 表3 参照
看護婦・士 928名 (75.4%)
准看護婦・士 303名 (24.6%)

表3)



4) 看護婦・士 (表4 参照)、准看護婦・士 (表5 参照) の性別と年齢構成；性別と年齢における関係では有意差は見られなかった。

表4)

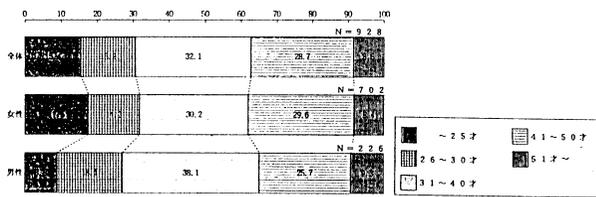
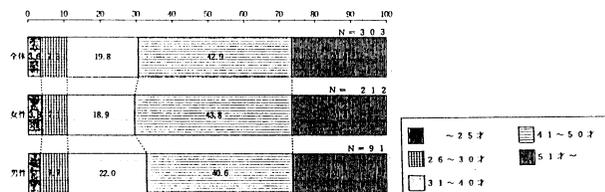
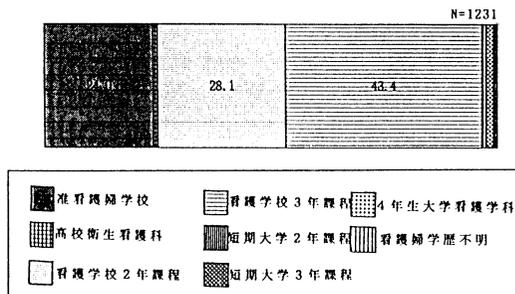


表5)



5) 学歴 表6 参照

表6)



6) 精神科病棟での経験年数(一般病棟での経験年数は無効回答が多く省略をした。) 性別と精神科病棟での経験年数においては有意に男性のほうが長い。(P < 0.001)

表7) 看護婦・士

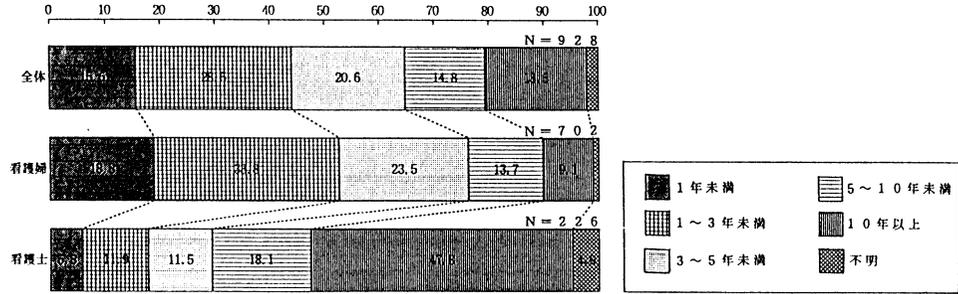
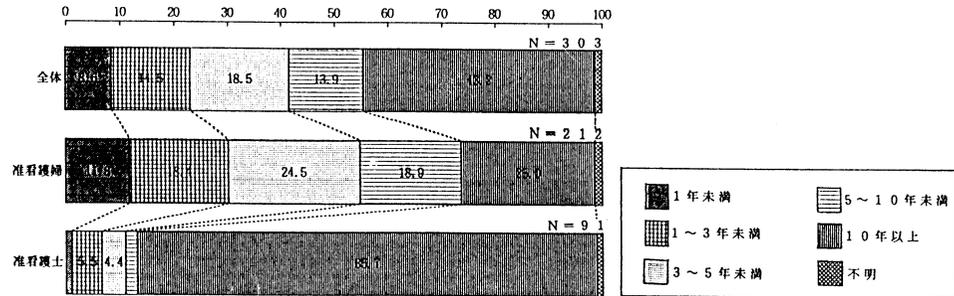


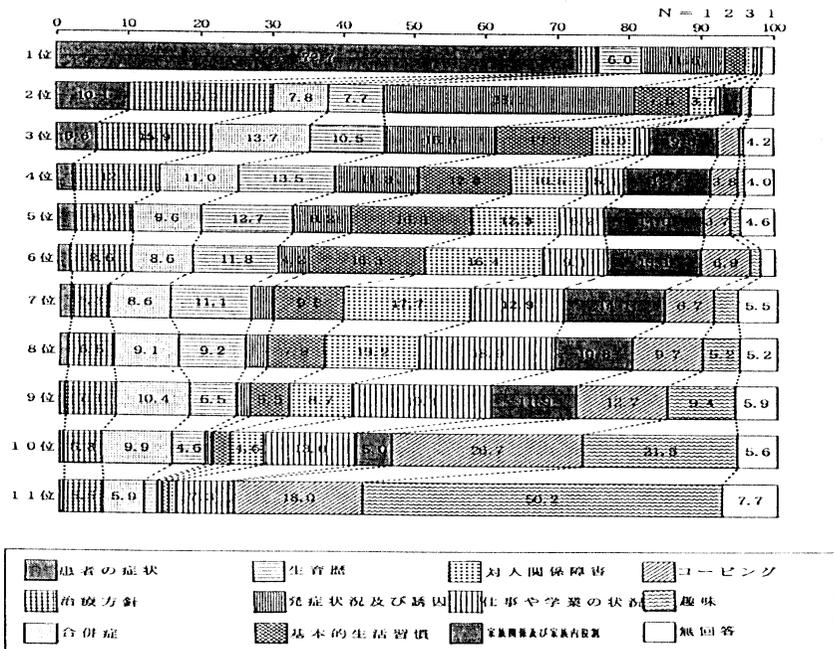
表8) 准看護婦・士



2. 患者理解の注目点の順位(12の項目についての注目点を順位付けした状況)

1) 全体の順位付けの状況

表9)



- 2) 資格における注目点の順位付けの状況；生育歴においては准看護婦・士、コ・ピングにおいては看護婦・士のほうが有意に注目する順位が高かった ($P < 0.001$)。

表10)

患者理解の注目点	准看護婦・士	看護婦・士	統計学的検定
患者の症状	11.15	11.33	$t=1.556$
治療方針	7.85	7.87	$t=0.095$
合併症	6.72	6.79	$t=0.356$
生育歴	8.08	7.41	$t=3.796$ $p < 0.001$
発症状況及び誘因	9.61	9.66	$t=0.385$
基本的な生活習慣	7.56	7.79	$t=1.544$
対人関係障害	6.73	6.79	$t=0.424$
仕事や学業の状況	5.32	5.13	$t=1.338$
家族関係及び家族内役割	7.07	6.79	$t=1.845$
コ・ピング	4.08	4.64	$t=3.376$ $p < 0.001$
趣味	3.19	3.00	$t=1.607$

- 3) 看護婦・士の経験による注目点の順位付けの状況；患者の症状において10年以上の経験者のほうが順位が有意に低かった ($P < 0.05$)。

表11)

患者理解の注目点 看護婦・士経験比較	1年未満	1年～3年 未満	3年～5年 未満	5年～10年 未満	10年～	統計的検定
患者の症状	11.41	11.42	11.38	11.39	10.97	$F=2.637$ $P < 0.05$
治療方針	7.94	7.84	7.99	7.75	7.83	$F=0.173$
合併症	6.69	6.67	6.73	7.13	6.84	$F=0.649$
生育歴	7.52	7.40	7.50	7.08	7.61	$F=0.894$
発症状況及び誘因	9.80	9.81	9.65	9.52	9.47	$F=0.972$
基本的な生活習慣	7.75	7.87	7.78	7.90	7.61	$F=0.418$
対人関係障害	6.63	6.92	6.82	6.51	6.90	$F=1.029$
仕事や学業の状況	5.19	5.08	4.95	5.18	5.31	$F=0.728$
家族関係及び家族内役割	6.80	6.79	6.83	6.74	6.76	$F=0.038$
コ・ピング	4.62	4.53	4.61	4.90	4.68	$F=0.513$
趣味	2.86	2.88	3.01	3.13	3.20	$F=1.529$

- 4) 准看護婦・士の経験による注目点の順位付けの状況；治療方針において3年～10年未満の経験者において注目する順位が有意に高く ($P < 0.05$)、趣味において1年未満の経験者において注目する順位が有意に高かった ($P < 0.05$)。

表12)

患者理解の注目点 准看護婦・士経験比較	1年未満	1年～3年 未満	3年～5年 未満	5年～10年 未満	10年～	統計的検定
患者の症状	11.15	11.09	11.32	11.45	10.96	$F=0.807$
治療方針	7.08	7.73	8.54	8.71	7.44	$F=2.686$ $P < 0.05$
合併症	5.96	6.05	6.76	7.33	6.92	$F=1.798$
生育歴	8.23	8.07	8.19	7.85	8.02	$F=0.138$
発症状況及び誘因	9.89	9.78	9.64	9.64	9.50	$F=0.243$
基本的な生活習慣	7.75	8.23	7.37	7.42	7.41	$F=1.235$
対人関係障害	6.80	6.81	6.52	6.54	6.83	$F=0.305$
仕事や学業の状況	4.96	5.08	5.29	5.00	5.59	$F=1.135$
家族関係及び家族内役割	7.31	7.29	6.56	6.56	7.33	$F=1.614$
コ・ピング	4.17	4.23	4.26	3.98	3.95	$F=0.230$
趣味	3.89	2.85	2.77	2.93	3.44	$F=3.120$ $P < 0.05$

て高く、生育歴において50代が低く、仕事や学業の状況において、30代が低く、コ・ピングにおいて50代が有意に低かった。(いづれも $P < 0.05$)

表13)

患者理解の注目点 看護婦・士年齢別比較	20代	30代	40代	50代～	統計的検定
患者の症状	11.52	11.24	11.14	11.56	$F=3.442 P < 0.05$
治療方針	7.71	7.76	8.08	8.18	$F=0.095$
合併症	6.66	6.86	6.71	7.29	$F=1.080$
生育歴	7.16	7.45	7.79	6.92	$F=3.63 P < 0.05$
発症状況及び誘因	9.76	9.59	9.58	9.84	$F=0.645$
基本的な生活習慣	7.86	7.74	7.70	8.09	$F=0.744$
対人関係障害	6.92	6.97	6.52	6.61	$F=2.356$
仕事や学業の状況	5.13	4.88	5.40	5.15	$F=2.831 P < 0.05$
家族関係及び家族内役割	6.76	6.73	6.96	6.49	$F=1.068$
コ・ピング	4.78	4.85	4.45	3.97	$F=3.363 P < 0.05$
趣味	2.87	3.12	2.95	3.20	$F=1.610$

6) 准看護婦・士の年齢による注目点の順位付けの状況；年齢による差は見られなかった

表14)

患者理解の注目点 准看護婦・士年齢別比較	20代	30代	40代	50代～	統計的検定
患者の症状	11.62	10.87	11.00	11.39	$F=2.173$
治療方針	7.06	7.65	8.11	7.93	$F=1.208$
合併症	6.55	6.28	6.77	7.07	$F=0.943$
生育歴	7.41	8.31	7.95	8.39	$F=1.389$
発症状況及び誘因	9.15	10.04	9.34	9.93	$F=2.451$
基本的な生活習慣	7.97	7.49	7.62	7.35	$F=0.599$
対人関係障害	7.56	6.95	6.53	6.53	$F=2.576$
仕事や学業の状況	5.39	5.33	5.34	5.23	$F=0.067$
家族関係及び家族内役割	7.18	6.91	7.43	6.54	$F=2.417$
コ・ピング	4.06	4.23	4.02	4.07	$F=0.107$
趣味	3.03	3.03	3.37	3.08	$F=0.752$

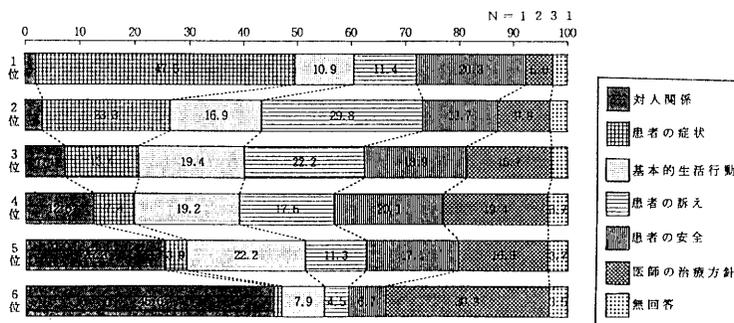
7) 学歴による注目点の順位付けの状況；生育歴において准看護婦学校が有意に順位付けが高く($P < 0.001$) コーピングにおいて短大・大学が有意に順位付けが高かった($P < 0.05$)、表15)

患者理解の注目点学歴別比較	准看護学校	看護学校	短大・大学	統計的検定
患者の症状	11.14	11.32	11.38	F=1.396
治療方針	7.89	7.86	7.91	F=0.012
合併症	6.73	6.70	6.55	F=0.169
生育歴	8.04	7.44	6.58	F=8.393 P < 0.001
発症状況及び誘因	9.64	9.67	9.06	F=1.306
基本的生活・習慣	7.53	7.80	7.94	F=1.755
対人関係障害	6.75	6.77	7.62	F=2.595
仕事や学業の状況	5.29	5.13	5.11	F=0.631
家族関係及び家族内役割	7.05	6.80	6.50	F=1.786
コーピング	4.09	4.62	5.27	F=6.830 P < 0.05
趣味	3.17	3.00	3.09	F=1.166

3. 看護問題の判断の視点の順位付け(6項目について判断の視点の順位付けした状況)

1) 全体の順位付けの状況

表16)



2) 資格による順位付けの状況；患者の症状、医師の治療方針において准看護婦・士が有意に高く($P < 0.001$)、対人関係、患者の安全において看護婦・士が有意に高く($P < 0.05$, $P < 0.001$) 判断の視点の順位付けをしている。

表17)

看護問題の判断の視点	准看護婦・士	看護婦・士	統計的検定
対人関係	2.87	3.05	t=2.078 P < 0.05
患者の症状	6.21	5.95	t=3.343 P < 0.001
基本的生活行動	4.40	4.53	t=1.232
患者の訴え	4.94	5.01	t=0.716
患者の安全	4.50	4.89	t=3.776 P < 0.001
医師の治療方針	4.06	3.61	t=4.215 P < 0.001

3) 看護婦・士の年齢による順位付けの状況；患者の症状において、20代が有意に高く順位付けをしている ($P < 0.001$)。

表18)

看護問題の判断の視点 看護婦・士年齢別比較	20代	30代	40代	50代～	統計的検定
対人関係	2.94	3.15	3.06	2.99	F=1.295
患者の症状	6.22	5.83	5.84	5.82	F=5.890 P < 0.001
基本的生活行動	4.48	4.48	4.62	4.54	F=0.519
患者の訴え	4.99	5.02	5.07	4.86	F=0.492
患者の安全	4.85	4.99	4.85	4.86	F=0.405
医師の治療方針	3.51	3.62	3.58	4.01	F=2.350

4) 准看護婦・士の年齢による順位付けの状況；対人関係において20代が有意に高く順位付けをしている ($P < 0.001$)

表19)

看護問題の判断の視点 准看護婦・士年齢別比較	20代	30代	40代	50代～	統計的検定
対人関係	3.31	3.25	2.62	2.81	F=5.709 P < 0.001
患者の症状	6.18	6.43	6.13	6.20	F=1.029
基本的生活行動	4.56	4.20	4.46	4.41	F=0.583
患者の訴え	4.72	4.88	5.03	4.94	F=0.527
患者の安全	4.31	4.14	4.63	4.62	F=1.813
医師の治療方針	3.70	4.08	4.15	4.06	F=0.651

5) 看護婦・士の経験年数による順位付けの状況；経験年数における差は見られない。

表20)

患者理解の注目点 看護婦・士経験比較	1年未満	1年～3年未満	3年～5年未満	5年～10年未満	10年～	統計的検定
対人関係	2.91	3.08	2.89	3.06	3.25	F=2.273
患者の症状	6.14	5.97	6.06	5.81	5.74	F=2.690
基本的生活行動	4.63	4.44	4.33	4.73	4.65	F=2.032
患者の訴え	5.10	5.05	5.09	4.92	4.88	F=0.852
患者の安全	4.73	5.01	5.04	4.78	4.77	F=1.529
医師の治療方針	3.55	3.49	3.64	3.71	3.71	F=0.783

- 6) 准看護婦・士の経験年数による順位付けの状況；対人関係において10年以上が有意に高く順位付けをし (P < 0.05)、患者の安全について1～3年未満及び3～5年未満が有意に高く順位付けをしている (P < 0.05)、

表21)

患者理解の注目点 准看護婦・士経験比較	1年未満	1年～3年未満	3年～5年未満	5年～10年未満	10年～	統計的検定
対人関係	2.72	2.70	2.61	2.69	3.13	F=2.706 P < 0.05
患者の症状	6.36	6.09	6.14	6.55	6.14	F=1.333
基本的生活行動	4.50	4.63	4.41	4.02	4.46	F=1.045
患者の訴え	5.08	4.86	4.93	5.05	4.92	F=0.179
患者の安全	4.69	4.81	4.89	4.52	4.15	F=3.320 P < 0.05
医師の治療方針	3.62	3.88	3.98	4.14	4.22	F=0.934

- 7) 学歴による順位付けの状況；患者の症状及び医師の治療方針では准看護婦学校において有意に高く (P < 0.05 , P < 0.001)、患者の安全において短大・大学に有意に高かった (P < 0.001)、

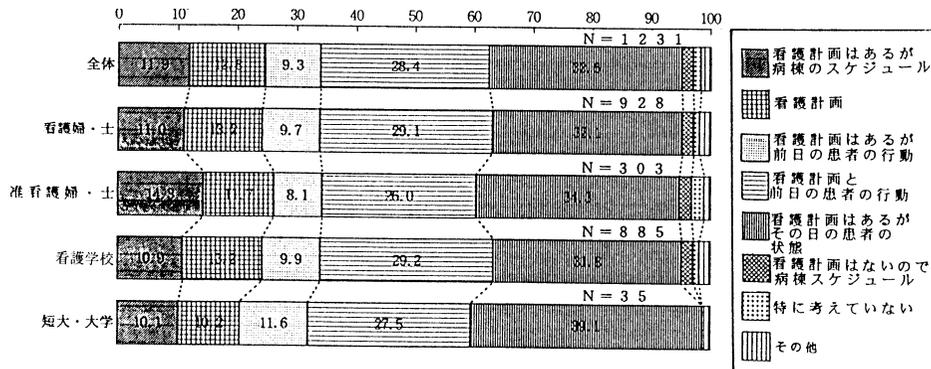
表22)

看護問題の判断の視点	准看護婦学校	看護学校	短大・大学	統計的検定
対人関係	2.88	3.06	2.91	F = 2.402
患者の症状	6.19	5.95	6.06	F = 4.071 P 0.05
基本的生活行動	4.37	4.56	4.27	F = 2.113
患者の訴え	4.96	5.01	4.94	F = 0.183
患者の安全	4.51	4.88	5.24	F = 7.414 P 0.001
医師の治療方針	4.08	3.58	3.59	F = 12.185 P 0.001

4. 毎日の行動計画の起点

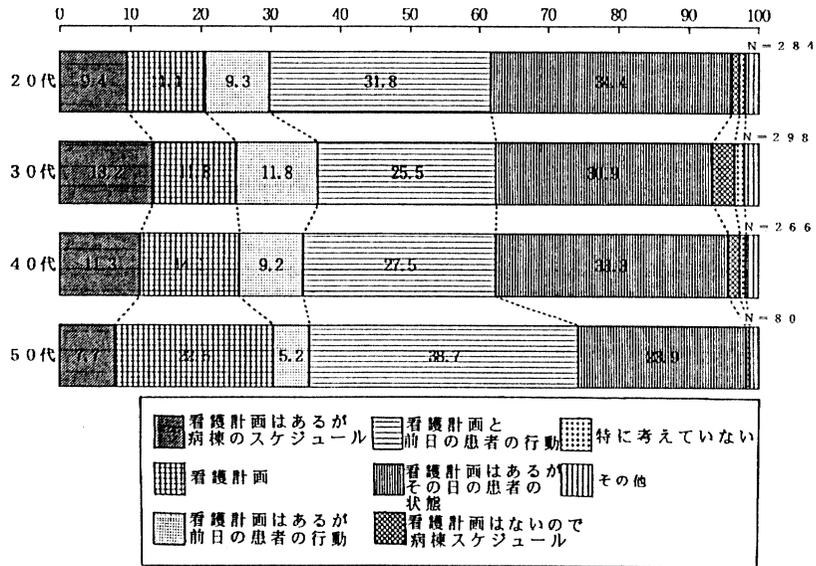
- 1) 行動計画における資格による差をみると「看護計画はあるが余り利用しないで病棟のスケジュールにそって行動している」と答えている割合が、准看護婦・士において有意に高く差がみられている (P < 0.05)。また同様に「考えていない」と答えている割合が有意に高く差がみられている (P < 0.05)。さらに学歴においては准看護婦学校において「看護計画はあるが余り利用しないで病棟のスケジュールにそって行動している」と答えている割合が有意に高く差がみられている (P < 0.05)、

表23)



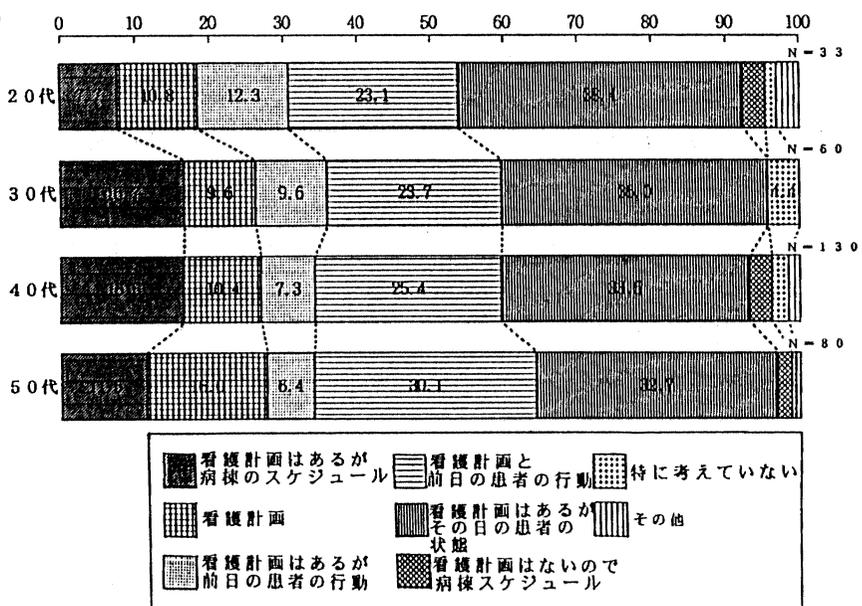
2) 看護婦・士の行動計画の起点における年齢による差を見ると、50代に於て他の年齢と有意の差がみられて、「看護計画に基づく」「看護計画と前日の患者の行動に基づく」行動計画の割合が高く(各 $P < 0.001$)「看護計画はあるが、前日の患者の行動計画に基づく」($P < 0.05$)「看護計画はあるが、その日の患者の状態に基づく」($P < 0.01$)「看護計画は無いので病棟のスケジュールに基づく」($P < 0.05$)行動計画の割合が低く、行動計画が看護計画を中心に起点がおかれている。

表24)



3) 准看護婦・士においては年齢における差はみられていない。

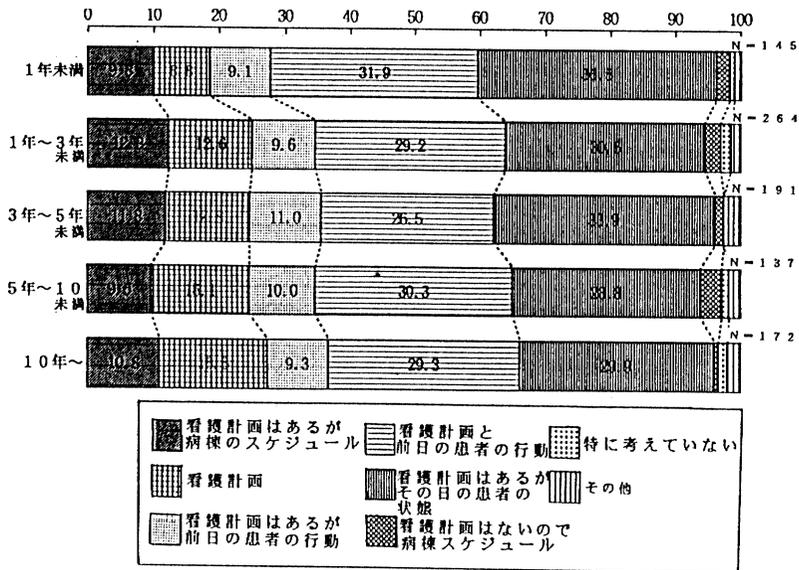
表25)



4) 看護婦・士の経験年数における行動計画の起点について

「患者の看護計画に基づいて行動をしている」において10年以上の経験を持つ者において有意に高く ($P < 0.05$) 「看護計画はあるが、その日の患者の状態に基づいて行動している」において1年未満の経験を持つものにおいて有意に高い ($P < 0.05$)

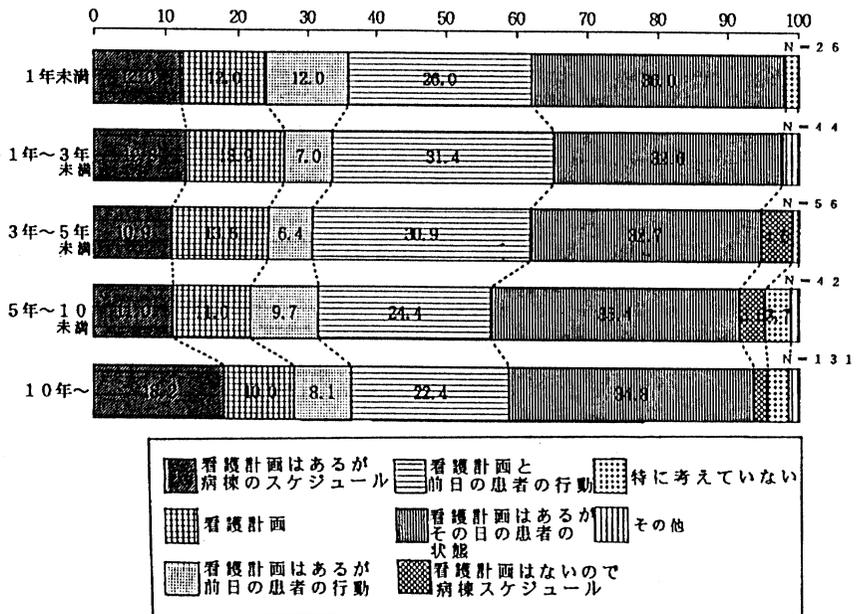
表26)



5) 准看護婦・士の経験年数における行動計画の起点について

差はみられなかった。

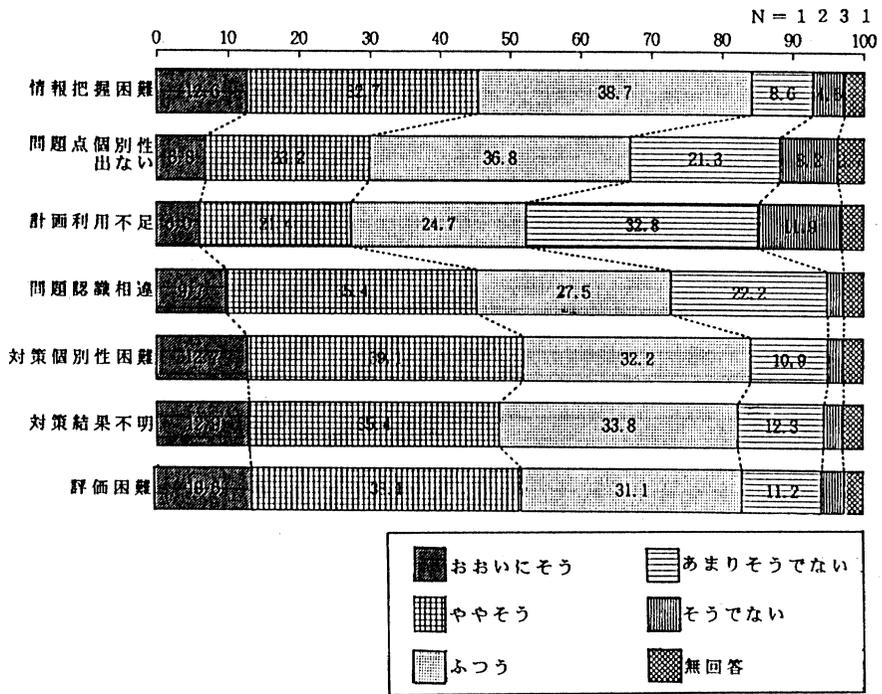
表27)



5. 精神障害のある患者の看護過程展開について

1) 全体の回答状況

表28)

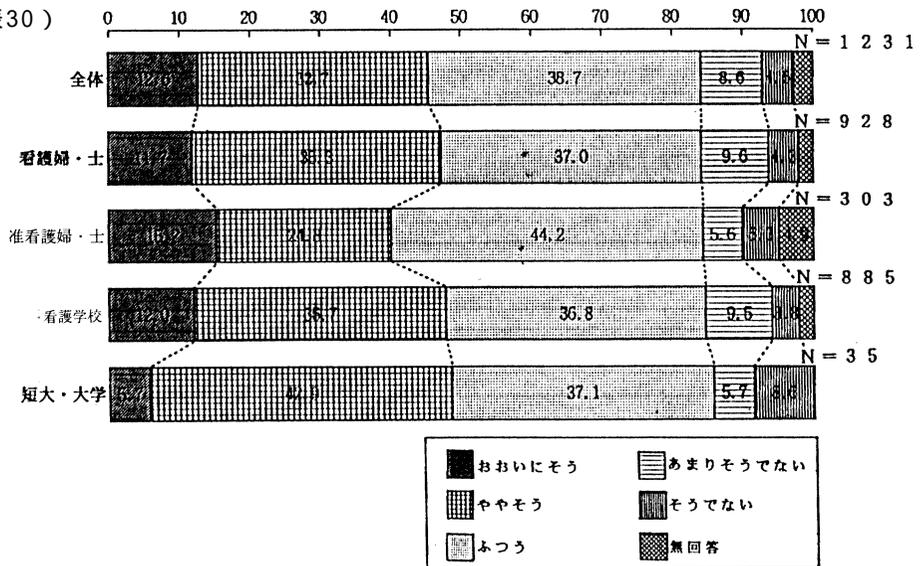


2) 「患者の情報が把握しにくい」

資格による差を見ると、准看護婦・士のほうが困難である及びふつうであるが有意に差がある。(P < 0.01)

学歴による差を見ると短大・大学と准看護婦学校とに有意に差がある。(P < 0.001)

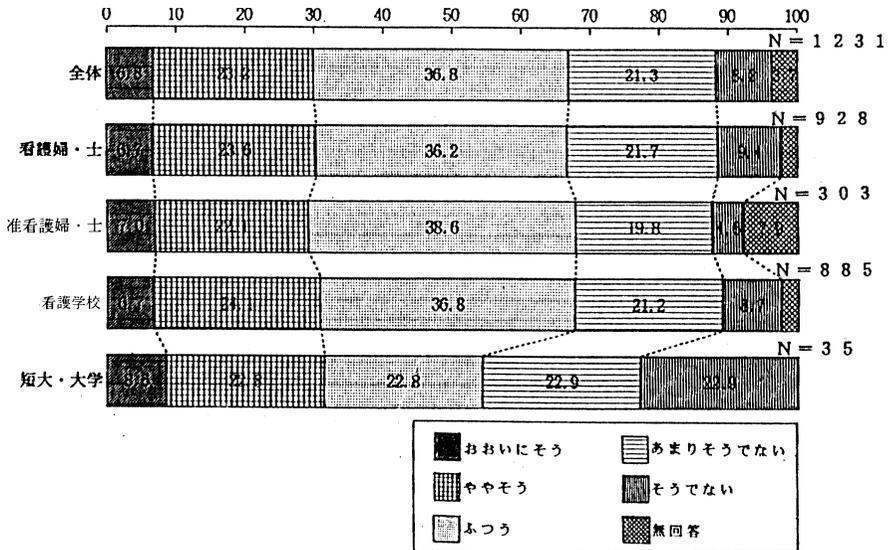
表30)



3) 「看護計画を立案するとき、個性が出ない」

資格による差は無く、学歴において短大・大学と看護学校、准看護婦学校に有意に差がみられる。(P < 0.05)

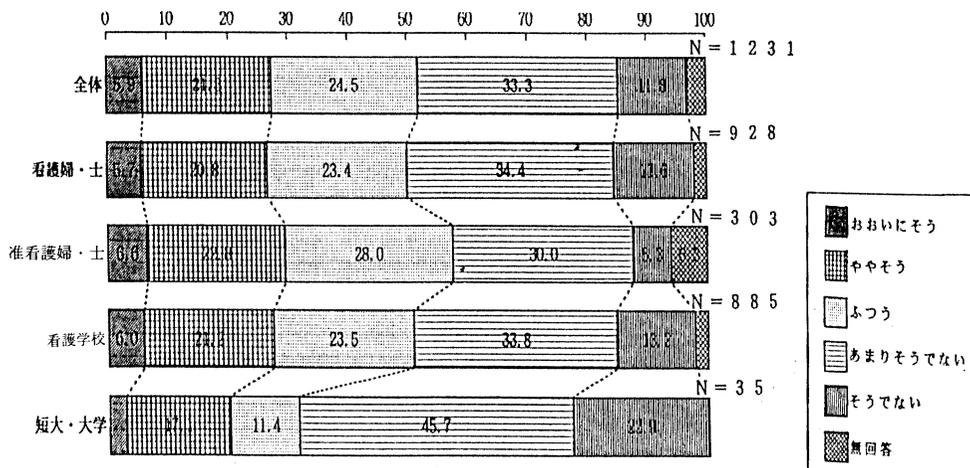
表31)



4) 「看護計画を立案しても、余り利用していない」

資格において「そうではない」割合が看護婦・士に有意に高い (P < 0.01), P < 0.01), 学歴においては短大・大学に「そうではない」割合が有意に高い (P < 0.01).

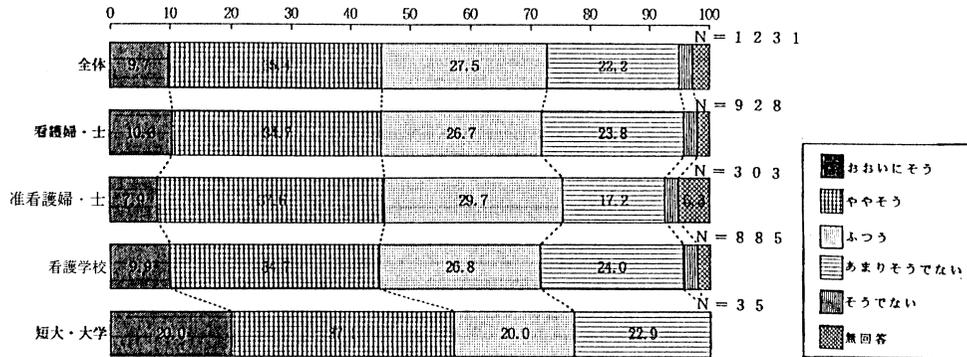
表32)



5) 「問題点の受け取り方が、看護婦間で異なる」

差はみられなかった。

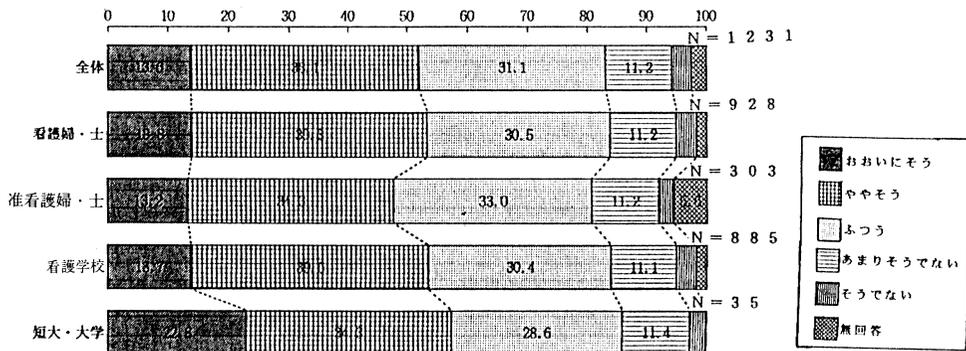
表33)



6) 「対策の個性が難しい」

資格において看護婦・士のほうが「あまりそうではない」「そうではない」割合が有意に高く ($p < 0.05$)、学歴では短大・大学において「個性が難しい」割合が有意に高い ($p < 0.05$)。

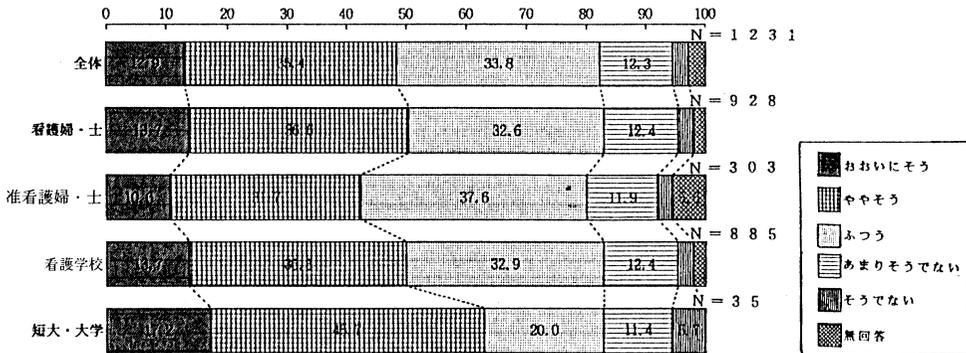
表34)



7) 「対策の結果が分かりにくい」

差はみられなかった。

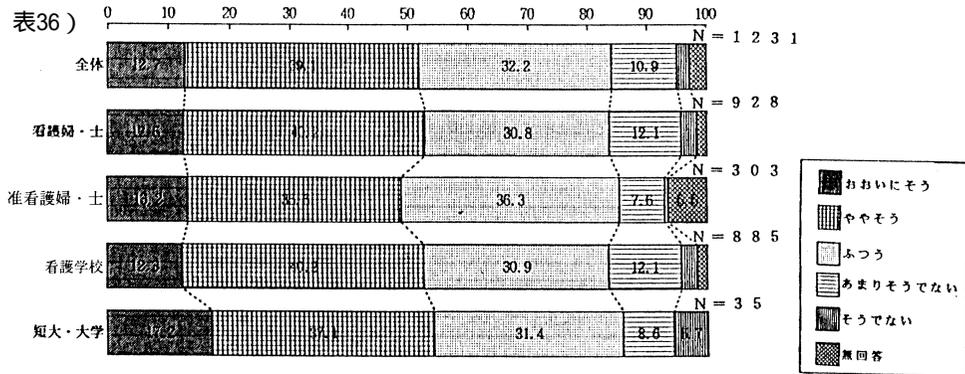
表35)



8) 「看護計画の評価がしにくい」

差はみられなかった。

表36)

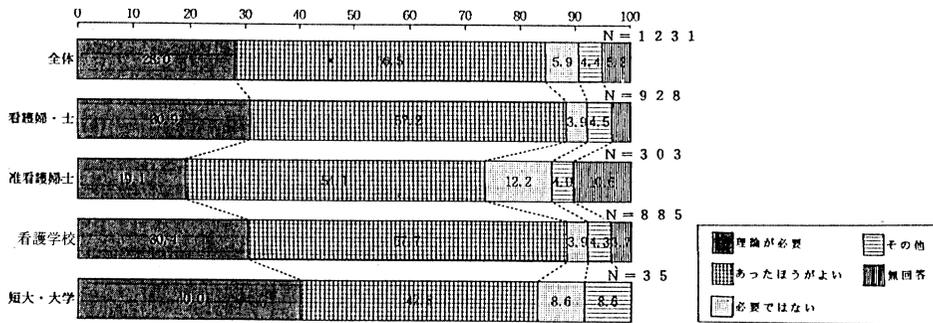


6. 看護過程展開の理論の必要性

1) 資格における差を見ると看護婦・士が「理論の必要」「あったほうがよい」が有意に多い (P < 0.001)。

学歴においても短大・大学において「理論の必要」が有意に多い (P < 0.001)

表37)



2) 経験における差

看護婦・士では、10年以上の経験者において「理論が必要」の割合が高い (P < 0.001)。

(表38)

准看護婦・士では経験年数における差はみられない。(表39)

表38)

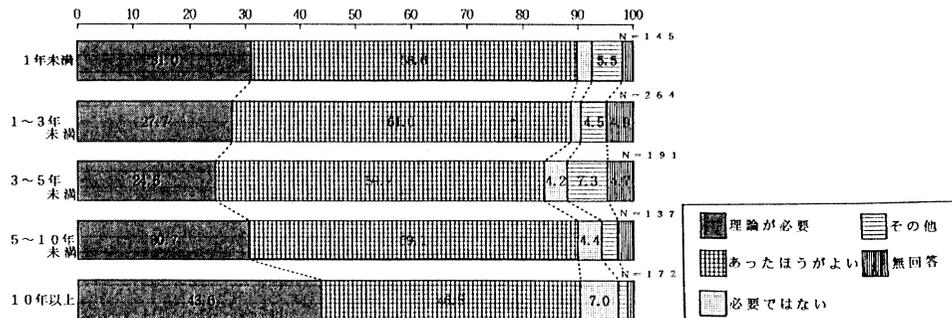
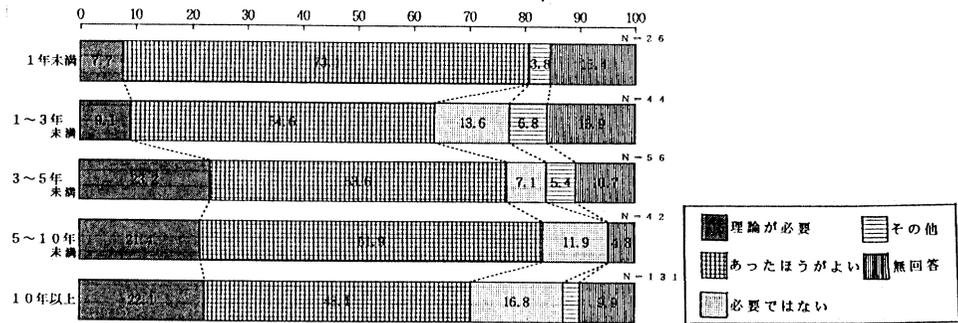


表39)



3) 年齢における差

看護婦・士では50代に於て「理論が必要」の割合が有意に高い ($P < 0.001$)。(表40)
 准看護婦・士においては差がみられない。(表41)

表40)

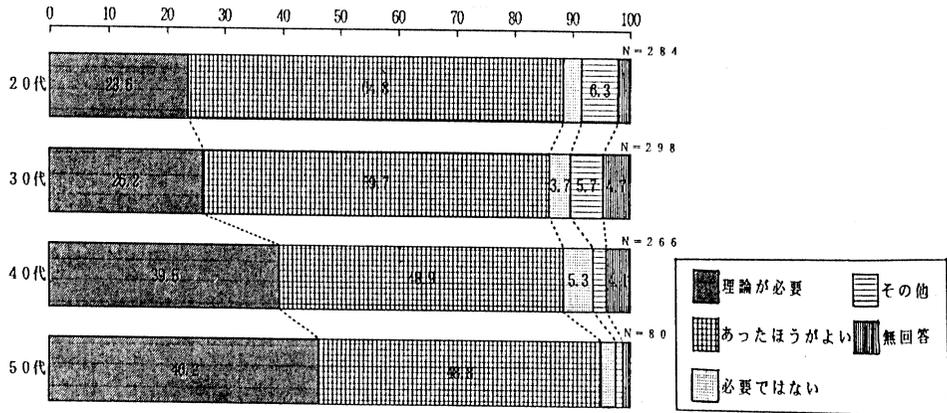
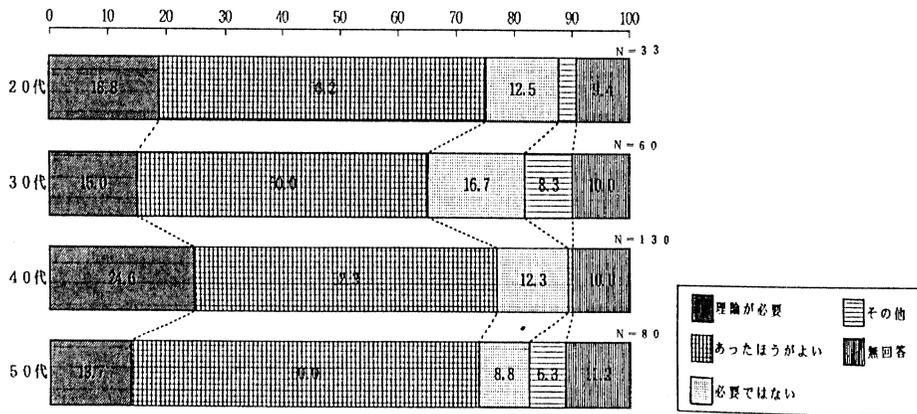


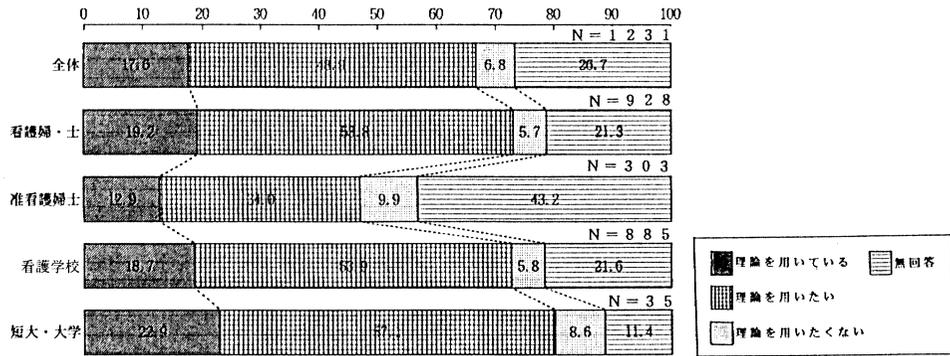
表41)



7. 看護過程展開に理論を用いている状況

1) 資格における差を見てみると、准看護婦・士において「理論を用いている」「用いたい」が有意に少ない ($P < 0.001$)。学歴における差をみると、准看護婦学校と短大・大学における有意の差がある ($P < 0.01$)。

表42)



2) 年齢における状況について

看護婦・士において、「理論を用いてる」が50代において「理論を用いたい」が20代30代に有意に差がみられる ($P < 0.001$)。(表43)

准看護婦・士においては差はみられない。(表44)

表43)

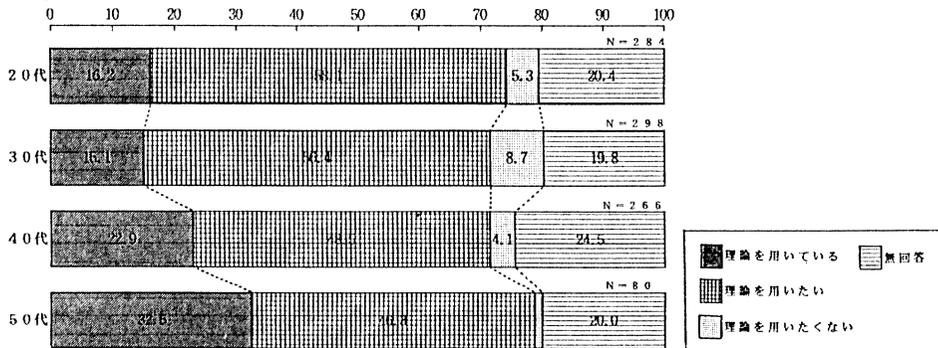
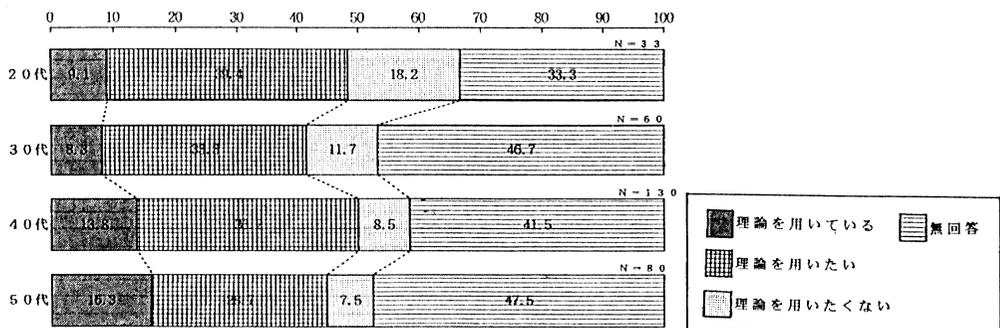


表44)



3) 経験年数における状況について

看護婦・士において、10年以上において有意の差がみられた (P < 0.001)。(表45)

准看護婦・士においては差はみられていない。(表46)

表45)

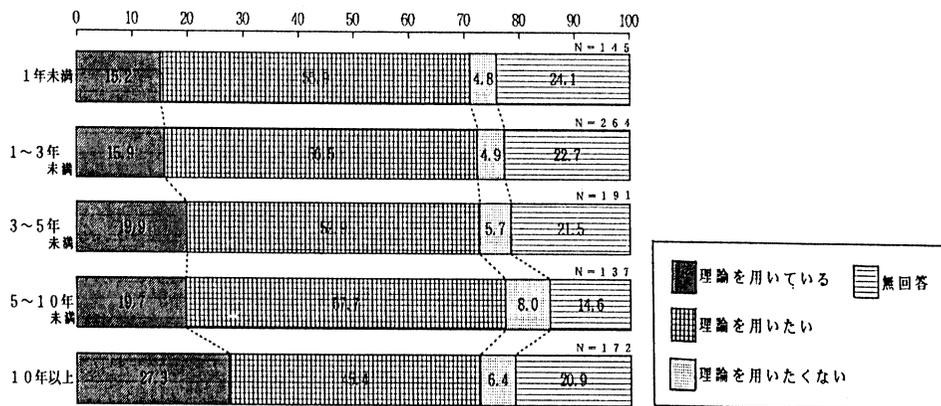
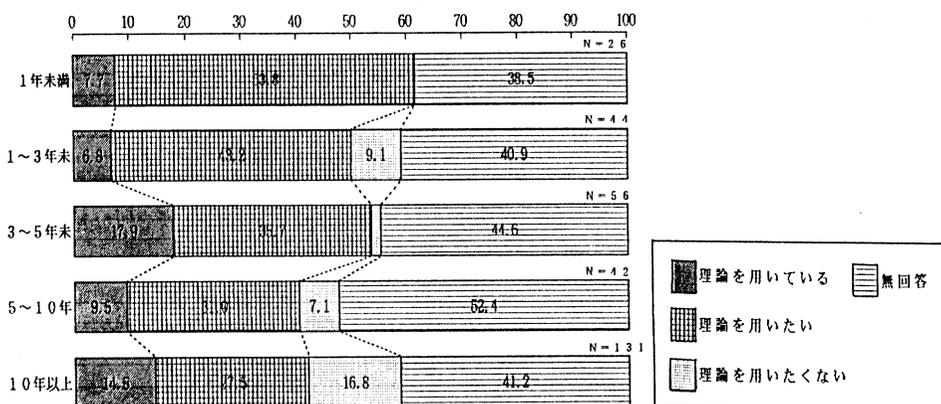


表46)



4) 使用している理論の状況 (記載されているまま)

看護婦・士

ヘンダーソン	67名	NANDA枠組	4名
セルフケア理論	23名	看護診断	10名
(オレム、アンドーウッド)		ゴードン、カルベニート	5名
松木光子	15名	精神医学	3名
ロイ	8名	その他	15名
ペプロー	7名		
ナイチンゲール	7名		
トラベルビー	6名		
マズロー	4名		
薄井但子	4名		

准看護婦・士

ヘンダーソン	11名
松木光子	2名
ナイチンゲール	1名
セルフケア理論	2名
看護診断	2名
その他	3名

5) 使用したい理論(記載されているまま)

看護婦・士

理論を用いたい分からない	57名	看護診断	11名
セルフケア理論 (オレム、アンダーウッド)	45名	その他	17名
		勉強したい	6名
ロイ	25名		
ヘンダーソン	27名		
トラベルビー	10名		
ペプロー	8名		
人間関係論	6名		

准看護婦・士

理論を用いたい分からない	6名
セルフケア理論	1名
ヘンダーソン	1名
トラベルビー	2名
ペプロー	1名
看護診断	1名
その他	7名

6) 理論を用いたくない理由

理論通りにいかない	4名	理論付けしたくない	1名
理論より実践が大切	5名	ややこしい	1名
理論に患者を当てはめる恐れがある	5名	記録に時間がかかる	1名
用いるような理論がない	3名	自然がよい	1名
理解できないから	3名	理論では解決できない	1名
指導者がいない	2名	理論と現実のギャップが大きい	1名

. 考 察

公立総合病院の精神科病棟に勤務する1231名の調査結果から精神看護における看護過程展開における使用理論について多くの示唆を得た。金城氏の調査結果からも言えるように様々な理論が教育の現場で使用されていることが分かる。こうした視点から見ると現在の精神看護は混沌とした状態であるとも言えよう。今回のカリキュラム改定で精神看護学がようやく樹立された。このことは今後の臨床の場にも大きな影響を及ぼすであろう。

調査項目にそって考察をする。

1) 調査対象者の背景について

看護者の25.8%が男性であるということは、看護師及び准看護師の割合が現在看護職に従事している割合は、4%であることから見ると多い。しかし、年齢から見ると20代の割合が減少をしていることは、男性看護職の増加に比して以前の看護師・准看護師の職場が精神科病棟に限定されず、拡大されてきたと言える。

学歴から見ると専門学校71.9%、准看護婦学校24.6%、短大・大学2.8%の割合となっており、短大・大学の占める割合が少ない。

精神科病棟の経験年数を見ると有意に男性のほうが長く、特に准看護師においては10年以上が85.7%と偏りが見られ、固定化されていると言える。

2) 患者理解の注目点の順位

12項目の第1位を12点として順次減点し、順位付けして統計処理をした。

患者の症状を第1位とし、次いで発症及び誘因を第2位としていることは資格、年齢、経験年数、学歴ともに共通した順位付けとなっている。次いで基本的な生活習慣、生育歴、治療方針が前後して注目順位としている。コーピングについては年齢及び学歴において差がみられていることは新しい概念の導入において理解を図る必要があるといえる。

3) 看護問題として判断する視点

6項目の第1位を7点として順次減点し、順位付けをして統計処理をした。

患者理解の注目点と同様に患者の症状を判断の第1位におき、次いで患者の訴え、基本的な生活行動、患者の安全、医師の治療方針、対人関係と視点を置いて判断している。看護問題として判断をする時の医師の治療方針に対する視点は患者理解では高順位にしているが、看護問題としての視点は低く置いており、看護問題との区別がされていることが伺われる。資格による順位付けの差を見ると、准看護婦・士において医師の治療方針、患者の症状に有意に高く順位付けをしており、対人関係、患者の安全について看護婦・士において有意に高く順位付けをしていることから、看護問題の判断の視点がやや資格により異なることが伺える。

看護婦・士において、年齢による差として20代で患者の症状に有意に高く順位付けをしているが、経験年数による差はみられていない。

准看護婦・士において、年齢による差として対人関係において20～30代で有意に高く順位付けをしており、経験年数では10年以上で対人関係で有意に高く、1～5年未満で患者の安全を有意に高く順位付けをしている。

学歴においては、医師の治療方針、患者の症状において准看護婦学校、患者の安全において短大・大学が有意に高く順位付けをしている。

こうしたことから看護婦・士の判断の視点は比較的差が少ないと言える。

4) 毎日の行動計画の起点

毎日の行動計画の起点において看護計画に基づいて行動計画の起点としているのは、50代及び10年以上の看護婦・士に有意に高く、経験の少ない看護婦・士ではその日の患者の状態によって行動している割合が有意に高い。准看護婦・士において看護計画はあるが病棟のスケジュールにそって行動計画の起点としている割合が有意に高く、さらに特に考えていないことも

有意に高い。

全体として行動計画の起点の85%前後は看護計画と前日及びその日の行動によっていることから看護計画が看護援助の中心になっていることが伺える

5) 精神障害のある患者の看護過程展開について

看護過程展開を7項目について調査したが、「問題点の個別性」と「計画の利用が不足」は同じような傾向を示し、この2点に関しては各々30%、40%においてそうではないと答えており、「個別性がない」、「および利用不足」と答えているものを除くと70%前後では、個別性や看護計画の利用がされていることが伺える。「問題認識の相違」については25%ではそうではないと答えており、同様に考えてみて、50%においては「問題認識の相違」が余りないと考えていることが伺える。「患者の情報の把握」で見ると、准看護婦・士において大いに困難であると、短大・大学ではそうでないと答えているのが有意に差があることから、「情報把握」に差がみられることが伺える。「看護計画の個別性」では学歴において、短大・大学に有意に差が見られており、「看護計画の個別性」の認識では看護計画に個別性を持つようとしていることが伺える。看護計画の利用については、余り利用していないことについての資格における差は、「あまりそうでない、及びそうでない」割合が有意に看護婦・士に高く、学歴では、短大・大学では70%において利用していると答えており、有意に差がみられている。このことから「看護計画の利用」は資格及び学歴に関連していることが伺える。

「問題点の受け取り方の相違」に関しては差はみられなかった。

「対策の個別性が難しい」ことについては、資格及び学歴において看護婦・士、短大・大学で、個別性が難しいと有意に差がみられていることから、個別性のある対策を求めていることが伺われる。

「対策の結果及び看護計画の評価」については差がみられない。

6) 看護過程展開の理論の必要性については、資格及び学歴において看護婦・士、短大・大学が有意に必要だと考えていることが伺える。年齢及び経験年数についてみると、看護婦・士において20代及び30代で有意に用いたいと考えている。

7) 看護過程展開に理論を用いている状況についてみると、全体では17.6%と低く、資格及び学歴において看護婦・士、短大・大学が有意に差がみられ、看護婦・士において経験年数10年以上及び50代において差がみられている。また、使用している理論については、ヘンダーソンがもっとも多く、次いでセルフケア理論が多くそのほか多数があげられている。使用したい理論については使用したいがわからないと答えている者が多く、次いでセルフケア理論を使用したいと答えている。しかし理論より実践が大切、理論通りに行かない等の否定的意見が多いことや、無回答の割合が多かったことから、理論そのものに対する認識において、一般的な理解がされていないことが推察される。

まとめ

- 1) 患者理解の注目点において大幅な順位差は見られなかった。
- 2) 看護問題の判断の視点においては大幅な順位差は見られなかった。

3) 毎日の行動計画の起点においては50代の看護婦・士及び看護婦・士の経験に比例して看護計画に基づいての行動計画の起点としている。

4) 看護過程展開においては資格、学歴による影響があることが伺える。

5) 看護過程展開の理論については看護婦・士の経験年数に関係し、資格、学歴による影響があることが伺える。

・終わりに

今回、精神科看護の領域で看護過程展開の状況及び展開時の使用理論についての調査をしたが、精神障害という複雑で多様な患者一人一人の個別性のある存在に対しての看護における看護過程は理論体系なしで展開されていることが多いことが分かった。臨床では何らかの理論体系を求めており、より有効な看護を提供するための方策についての検討がされる必要があると痛感した。

・謝 辞

今回の調査にご協力いただいた全国の施設の皆様に感謝いたします。また、この研究への意義深い示唆をいただいた中京大学中川武夫教授に感謝をいたします。

・引用・参考文献

- 1) 金城祥教他；看護基礎教育における精神科看護カリキュラムに関する実態調査、聖隷学園浜松短期大学紀要、1995
- 2) Patricia benner；看護における理論の必要性、看護研究、VOL.18.NO.1 1985、看護研究、医学書院
- 3) Patricia Underwood；看護理論の分析法、看護研究、VOL.18.NO.1 1985 医学書院
- 4) Patricia Underwood；オレム理論の活用、看護研究、VOL.18.NO.1 1985 医学書院
- 5) 南 裕子監修；セルフケア概念と看護実践、へるす出版、1993

[1996年10月30日受理]