

## 脳神経看護領域における NANDA-I 看護診断に関する実態調査

佐藤亜月子 竹内久美子 杉山由香里

(Atsuko SATO Kumiko TAKEUCHI Yukari SUGIYAMA)

### 【要約】

看護診断は看護にとって必須の構成要素であり、正しい診断ラベルを使用することは、統一した看護につながり質のよい看護を提供できる。

本研究は、脳神経看護領域における NANDA-I (the North Nursing Diagnosis Association-International) 看護診断ラベルから、活用頻度が高く診断指標の数が多く整理されていない、と思われた診断指標を抽出し、データベースの開発に向けて脳神経看護領域における特徴と課題を見出すために取り組んだ。調査対象は、関東圏200床以上の病院で、脳神経領域に従事する看護師283人を対象として脳神経看護領域において該当すると思われる診断ラベルと診断指標について調査を行った。結果、脳神経看護領域に該当すると思われる上位の診断指標は、『嚥下障害』では〈むせる〉、『摂食セルフケア不足』〈食物を容器から口へ運ぶことができない〉、『更衣セルフケア不足』〈衣服を脱げない〉、『非効果的脳組織循環リスク状態』〈脳腫瘍〉、『言語的コミュニケーション』〈考えていることを言語で表現することが困難〉であった。下位診断指標は、『嚥下障害』〈ポツポツと嚥み下す〉、『摂食セルフケア不足』〈台所用具を扱えない〉、『更衣セルフケア不足』〈衣料品を入手する能力障害〉、『非効果的脳組織循環リスク状態』〈左室壁運動消失領域〉、『言語的コミュニケーション障害』〈話すことを強情に拒否する〉だった。また、看護診断について学習する必要性を95.9% (118人) の看護師が感じていることがわかり、学習の内容を分析また統一した看護を提供するためにも、データベース作成の必要性が示唆された。

キーワード：看護診断、NANDA-I、脳神経看護領域、診断指標

### 1. 研究背景

わが国において看護診断は、1980年代後半より看護プロセスに必須の構成要素として認められ、導入された。現在では、多くの病院施設で診療の記録および看護記録の電子化が進んでおり、看護記録の標準化に向け、共通の用語を用いた記録をするためにも、看護診断は注目され、広く看護界で浸透している。2009年の200床以上の病院の調査では、61施設中、44施設(72.1%)の病院で看護診断を取り入れており<sup>1)</sup>、また1999年の看護基礎教育機関を対象とした調査では、3年制短大と4年制大学の7割が看護診断を取り入れて

いるという実態がある<sup>2)</sup>。

看護診断そのものは、看護過程の要素であるが、その際に得られた情報から、正確に看護診断ラベルをつけることが必要となる。この診断ラベルは、NANDA (the North Nursing Diagnosis Association 以下 NANDA と略す) で定義され、分類は現在13領域、47種類、206の診断ラベル<sup>3)</sup>で構成されており、この看護診断ラベルは、世界共通の用語として活用が期待されている。わが国においても看護診断ラベルを正確に用いることが、統一されたケアの提供につながる事が指摘されており<sup>4)</sup>、NANDAの看護診断を正確に使用

するための研究が進められている<sup>5)</sup>。看護診断は、対象の反応結果が反映されるため、患者の状況を捉え共通の看護診断ラベルを使用することは、統一されたケアにもつながり、看護の質の向上が期待される。このことから、さまざまな分野でどのような看護診断ラベルが活用され、ケアにつなげられているのかを把握することは、提供されている看護ケアの指標・内容をある程度推察できると考えられ、看護の質を検討するうえでも指標になる。しかし、看護専門分野における看護研究においては、特定された看護診断に対する援助の検証には至っていない状況の指摘がある<sup>6)</sup>。

現在、日本では人口動態の急激な変化に伴い、主要な罹患疾患も変化しつつある。脳神経疾患は、わが国の3大死因のひとつであるとともに、寝たきり原因の1位の疾患である。このため、医療・保健領域からも重要視され、特に看護の需要が急増することが予測されている。しかしながら、わが国のこの領域は、脳神経看護領域では、その対象者および経過の範囲の広さからか、これまで専門性に焦点をあてた看護診断に関する調査や、具体的にどのような看護ケアが実施されているのか、その実態を調査した研究は少なく、研究的基盤が構築されていない<sup>7)</sup>。

今後この領域の看護が発展していくためには、現在の脳神経看護領域の看護ケア提供の実態を把握し、今後の課題を踏まえたうえで、専門性のある看護実践を提供するシステムを構築する必要があると考えられる。

脳神経看護領域の専門性に特化した看護記録（データベース）を開発し臨床に適用することは、患者の必要な情報を優先的に収集することができるだけでなく、情報を適格に迅速にアセスメントし、脳神経領域において必要な高度な知識・技術を提供することを可能とすることができる。脳神経看護領域の看護診断の調査、その分析、専門的看護記録（データベース）の開発は、この領域において必要な看護ケア提供の基盤となると考えられ、この特定の看護専門分野において知識と技術をよりいっそう洗練できると考える。また他領域においても、同様の考え方による調査があり、患者の情報をより迅速にそしてその領域に必要な高度な知識と技術をもとにアセスメントするためのデータベースが開発されており<sup>8)</sup>、特定分野における看護の質を向上させるためにも、データベースの開発は必要である。

本調査では、脳神経看護領域におけるデータベースの開発に向けて、看護診断ラベルの根拠となる診断指標に焦点をあて、脳神経看護領域における診断指標の特徴と課題を明らかにすることを目的としている。

## 2. 研究目的

データベースの開発に向けて、脳神経領域における看護診断ラベルから、診断指標の数が多く整理されていないと思われた診断指標を明確にし、脳神経看護領域の特徴と今後の課題を明らかにすることである。

## 3. 研究方法

### 1) 対象

関東圏内の200床以上の病院で脳神経看護領域に従事する病棟看護師283人。

### 2) 調査方法

関東圏内の200床以上で、脳神経看護領域を有する病院（脳神経外科、脳神経内科、神経内科）の看護部長宛てに事前に189施設に研究協力の依頼し、同意が得られた18施設の脳神経看護師283人に質問紙を郵送し、調査依頼した。

### 3) 調査期間

2010年11月～2011年2月

### 4) アンケート内容

基本属性と看護診断の活用に関する9項目、「NANDA-I 看護診断一定義と分類 2009-2011」<sup>9)</sup> (the North Nursing Diagnosis Association International 以下NANDA-Iと略す) から抽出した脳神経看護領域と思われる看護診断ラベルから、脳神経領域での専門的経験が10年目以上、3年未満の研究者間で検討し、診断指標の数が多く整理されていないと思われた診断指標105項目について、脳神経看護領域に該当すると思われる診断指標を質問した。

### 5) 分析方法

アンケートの項目ごとに単純集計をおこなった。

### 6) 倫理的配慮

事前に看護部長に本調査の目的、方法を記載した協力依頼を郵送し、同意書を返送してもらった。同意が

得られた病院に看護師の人数分のアンケートを送付し、研究内容に同意が得られた者のみ、個別に返信封筒を用いて自由意志でアンケートを投函してもらった。調査は無記名であること、データは、鍵のかかる場所で保管し、データは個人が特定されないようデータ化した。データは研究終了後に破棄した。この研究は、目白大学の倫理審査で承認を得ている。

4. 結果

1) 対象の背景

協力が得られた施設は18施設（9.5%）であり、アンケートの回収率は126人（44.5%）、有効回答率は123人（43.4%）であった。対象の年齢は32.4歳±6.3、看護師経験が、9.2±5.7、脳神経看護経験が、4.6±3.8であった。性別は女性が116人（94.3%）、男性が7%（5.7%）であった。職位による内訳は、管理職が29人（23.6%）、看護師が82人（66.7%）、准看護師が1人（0.8%）、無回答が11人（8.9%）、系統が内科18人（14.6%）、外科36人（29.3%）、混合64人（52.0%）、無回答5人（4.1%）であった。

表1 対象の背景 N = 123

項目	内訳	n	%
性別	女性	116	94.3
	男性	7	5.7
最終学歴	看護系大学院	1	0.8
	看護大学	10	8.1
	短期大学	10	8.1
	専門学校（3年課程）	78	63.4
	専門学校（2年課程）	19	15.4
	その他	4	3.3
	無回答	1	0.8
職位	管理職	29	23.6
	看護師	82	66.7
	准看護師	1	0.8
	無回答	11	8.9
系統	内科	18	14.6
	外科	36	29.3
	混合	64	52
	無回答	5	4.1
		平均値±SD	
年齢		32.4±6.31	
看護師経験		9.2±5.79	
脳神経看護経験		4.6±3.82	

2) 臨床における看護診断活用状況

看護診断を使用して、50%以上が、「そうである」と回答した項目は占める割合が高い順に、「看護診断について学習する機会が必要である」118人（95.9%）、「『NANDA-I看護診断一定義と分類』を活用している」94人（76.4%）、「NANDA-Iの看護診断ラベルには、使いにくい点がある」85人（69.1%）であった。その他では、「『NANDA-I看護診断一定義と分類』が改定される度に新しい診断名を使用している」57人（46.3%）、「看護診断ラベルは領域により特徴がある」46人（37.4%）、「看護診断ラベルは専門性が反映されている」33人（26.8%）であった。

表2 NANDA-Iの看護診断の活用について N = 123

項目	n	%
看護診断について学習する機会が必要だと感じる	118	95.9
『NANDA-I看護診断一定義と分類』を活用している	94	76.4
看護診断ラベルには使いにくい点がある	85	69.1
『NANDA-I看護診断一定義と分類』が改定される度に新しい診断名を使用している	57	46.3
診断ラベルは領域により特徴がある	46	37.4
診断ラベルは専門性が反映されている	33	26.8
病棟オリジナルの診断ラベルを使用している	12	9.8

3) 脳神経看護領域において該当すると考える上位の診断指標

看護診断ラベルにおける診断指標について調査した結果を上位5項目を示す。

看護診断ラベル『嚥下障害』では、嚥下のメカニズムを3相に分けていることから、各相の上位5項目をあげる。〈口腔相の障害〉では、「食塊を形成するための舌運動の欠如」83人（67.5%）、「嚥下の前にむせる」80人（65.0%）、「口腔からの食物の落下」71人（57.7%）、「頬部側溝に食物を貯留」67人（54.5%）、「嚥下の前に咳き込む」62人（50.4%）であった。〈咽頭相の障害〉では、「むせる」106人（86.2%）、「せき込む」96人（78.0%）、「嚥下の遅延」90人（73.2%）、「詰まらせる」58人（47.2%）、「のどをゴロゴロ鳴らす声質」

54人（43.9%）であった。〈食道相の障害〉では、「嘔吐」66人（53.7%）、「嚥下困難の徴候の観察」53人（43.1%）、「頭部の過伸展」51人（41.5%）、「胃内容の逆流」50人（40.7%）、「嚥下検査による食道相の異常」46人（37.4%）であった。

看護診断ラベル『摂食ケア不足』では、「食物を容器から口に運ぶことができない」104人（84.6%）、「容器を開けることができない」88人（71.5%）、「器やコップを持ち上げることができない」88人（71.5%）、「自助具を使用することができない」79人（64.2%）「食物を咀嚼できない」77人（62.6%）であった。

看護診断ラベル『更衣セルフケア不足』では、「衣服を脱げない」100人（81.3%）、「靴をはけない」97人（78.9%）、「靴下をはけない」97人（78.9%）、「靴下を

脱げない」94人（76.4%）、「靴を脱げない」92人（74.8%）であった。

看護診断ラベル『非効果的脳組織循環リスク状態』では、「脳腫瘍」102人（82.9%）、「脳動脈瘤」102人（82.9%）、「高血圧症」93人（75.6%）、「頸動脈狭窄症」91人（74.0%）、「頭部外傷」89人（72.4%）であった。

看護診断ラベル『言語的コミュニケーション障害』では、「考えていることを言葉で表現するのが困難」105人（85.4%）、「話せない」98人（79.7%）、「話すのが困難」90人（73.2%）、「通常のコミュニケーションのパターンを理解するのが困難」86人（69.9%）、「場所に関する見当識障害」83人（67.5%）であった。

表3 脳神経看護領域において該当すると思われる診断指標

順位	診断指標	n	%
N = 123			
看護診断ラベル：嚥下障害			
〈口腔相の障害〉			
1	食塊を形成するための舌運動の欠如	83	67.5
2	嚥下の前にむせる	80	65.0
3	口腔からの食物の落下	71	57.7
4	頬部側溝に食物を貯留	67	54.5
5	嚥下の前に咳き込む	62	50.4
6	嚥下検査による口腔相異常	55	44.7
7	食塊の口腔から咽頭への早期進入	52	42.3
8	食事に長時間かけるにもかかわらずほとんど摂取しない	49	39.8
9	流せん	41	33.3
10	唾液過剰分泌	40	32.5
11	食塊形成遅延	31	25.2
12	鼻への逆流	23	18.7
13	不十分な乳頭形成を起こす弱い吸てつ	12	9.8
14	ポツポツと嚥み下す	6	4.9
〈咽頭相の障害〉			
15	むせる	106	86.2
16	せき込む	96	78.0
17	嚥下の遅延	90	73.2
18	詰まらせる	58	47.2
19	のどをゴロゴロ鳴らす声質	54	43.9
20	嚥下検査による咽頭相の異常	52	42.3
21	頭部の位置の変化	50	40.7
22	説明できない発熱	38	30.9
23	食塊の拒絶	29	23.6
24	嚥下運動の多発	26	21.1
25	不十分な咽頭の隆起	23	18.7
25	鼻への逆流	23	18.7

〈食道相の障害〉			
27	嘔吐	66	53.7
28	嚥下困難の徴候の観察	53	43.1
29	頭部の過伸展	51	41.5
30	胃内容の逆流	50	40.7
31	嚥下検査による食道相の異常	46	37.4
32	「何かが詰まっている」という訴え	35	28.5
32	胸やけ	35	28.5
34	夜間のせき込み	33	26.8
35	食物の拒絶	30	24.4
36	嚥下痛	29	23.6
36	枕の上にはいた吐物	29	23.6
38	夜間の覚醒	28	22.8
39	反復嚥下	26	21.1
40	酸っぱい臭いのする呼吸	22	17.9
40	心窩部痛	22	17.9
42	吐血	20	16.3
43	説明のつかない食事時のイライラ	13	10.6
43	食物量の制限	13	10.6
45	食物を咀嚼する以外の歯ぎしり	9	7.3
看護診断ラベル：摂食セルフケア不足			
1	食物を容器から口へ運ぶことができない	104	84.6
2	容器を開けることができない	88	71.5
2	器やコップを持ち上げることができない	88	71.5
4	自助具を使用することができない	79	64.2
5	食物を咀嚼できない	77	62.6
5	食物を嚥下することができない	77	62.6
7	十分な量の食物を摂取できない	72	58.5
8	食器の上に食物をとれない	71	57.7
9	食物を安全に摂取できない	69	56.1
10	口の中で食物をうまく扱えない	68	55.3
11	食事を最後までやり終えることができない	53	43.1
12	社会的に受け入れられている方法で食物を摂食できない	38	30.9
13	食物摂取のために調理することができない	34	27.6
14	台所用具を扱えない	31	25.2
看護診断ラベル：更衣セルフケア不足			
1	衣服を脱げない	100	81.3
2	靴をはけない	97	78.9
2	靴下をはけない	97	78.9
4	靴下を脱げない	94	76.4
5	靴を脱げない	92	74.8
6	衣類のボタンを留める能力の障害	90	73.2
7	上半身に衣類を羽織れない	87	70.7
8	下半身に衣類をはけない	86	69.9
9	必要な衣類を着衣する能力の障害	75	61.0
10	靴下を履く能力の障害	75	61.0
11	靴を履く能力の障害	74	60.2
12	衣類をつまみあげることができない	69	56.1
13	衣服を選択することができない	68	55.3
13	ジッパーを使用できない	68	55.3
15	自助具を使用できない	64	52.0

16	満足のいくレベルに外観を維持できない	42	34.1
17	衣料品を入手する能力障害	37	30.1
<b>看護診断ラベル：非効果的脳組織循環リスク状態</b>			
1	脳腫瘍	102	82.9
1	脳動脈瘤	102	82.9
3	高血圧症	93	75.6
4	頸動脈狭窄症	91	74.0
5	頭部外傷	89	72.4
6	塞栓症	88	71.5
7	心房細動	84	68.3
8	異常なプロトロンビン時間値 (PT)	73	59.3
9	高コレステロール血症	72	58.5
10	凝固障害	63	51.2
11	異常な部分のトロンボプラスチン時間値 (PTT)	62	50.4
12	播種性血管内凝固	45	36.6
13	動脈解離	40	32.5
14	大動脈粥状硬化	34	27.6
15	拡張性心筋症	23	18.7
16	心房粘液腫	22	17.9
16	左室壁運動消失領域	22	17.9
<b>看護診断ラベル：言語的コミュニケーション障害</b>			
1	考えていることを言葉で表現するのが困難	105	85.4
2	話せない	98	79.7
3	話すのが困難	90	73.2
4	通常のコミュニケーションのパターンを理解するのが困難	86	69.9
5	場所に関する見当識障害	83	67.5
6	言語的表現をするのが困難	79	64.2
7	時間に関する見当識障害	77	62.2
8	単語を形づくるのが困難	75	61.0
9	通常のコミュニケーションのパターンを維持するのが困難	74	60.2
10	人に関する見当識障害	73	59.3
11	文章を形づくるのが困難	72	58.5
12	部分的な視覚欠損	70	56.9
13	不適切な言語表現	66	53.7
14	話さない	64	52.0
15	アイコンタクトがない	54	43.9
16	音をつなげて不明瞭に話す	53	43.1
17	完全な視覚欠損	50	40.7
18	表情を使った表現ができない	49	39.8
19	どもる	48	39.0
20	介護者の言語を話すことができない	47	38.2
21	表情を使った表現が困難	45	36.6
22	身体を使った表現ができない	44	35.8
23	呼吸困難	43	35.0
24	身体を使った表現が困難	41	33.3
25	選択して傾聴するのが困難	35	28.5
26	話すことを強情に拒否する	32	26.0

#### 4) 脳神経看護領域において該当すると考える下位の診断指標

次に下位の診断指標5項目を示す。

看護診断ラベル『嚥下障害』では、各相の下位5項目をあげる。〈口腔相障害〉では、「ポツポツと嘔み下す」6人(4.9%)、「不十分な乳頭形成を起こす弱い吸てつ」12人(9.8%)、「鼻への逆流」23人(18.7%)、「食塊形成遅延」31人(25.2%)、「唾液過剰分泌」40人(32.5%)であった。〈咽頭相の障害〉では、「鼻への逆流」23人(18.7%)、「不十分な咽頭隆起」23人(18.7%)、「嚥下運動の多発」26人(21.1%)、「食塊の拒絶」29人(23.6%)、「説明できない発熱」38人(30.9%)であった。〈食道相の障害〉では、「食物を咀嚼する以外の歯ぎしり」9人(7.3%)、「食物の制限」13人(10.6%)、「説明つかない食事時のイライラ」13人(10.6%)、「吐血」20人(16.3%)、「心窩部痛」22人(17.9%)であった。

看護診断ラベル『摂食ケア不足』では、「台所用具を扱えない」31人(25.2%)、「食物摂取のために調理することができない」34人(27.6%)、「社会的に受け入れられている方法で食物を摂取できない」38人(30.9%)、「食事を最後までやり終えることができない」53人(43.1%)、「口の中で食物をうまく扱えない」66人(55.3%)であった。

看護診断ラベル『更衣セルフケア不足』では、「衣料品を入手する能力障害」37人(30.1%)、「満足のいくレベルに外観を維持できない」42人(34.1%)、「自助具を使用できない」64人(52.0%)、「ジッパーを使用できない」68人(55.3%)、「衣服を選択することができない」68人(55.3%)であった。

看護診断ラベル『非効果的脳組織循環リスク状態』では、「左室壁運動消失領域」22人(17.9%)、「心房粘液腫」22人(17.9%)、「拡張性心筋症」23人(18.7%)、「大動脈粥状硬化」34人(27.6%)、「動脈解離」40人(32.5%)であった。

看護診断ラベル『言語的コミュニケーション障害』では、「話すことを強情に拒否する」32人(26.0%)、「選択して傾聴するのが困難」35人(28.5%)、「身体を使った表現が困難」41人(33.3%)、「呼吸困難」43人(35.0%)、「身体を使った表現ができない」44人(35.8%)であった。

#### 5. 考察

##### 1) 看護診断ラベルの項目ごとの診断指標について

今回の研究では、先行研究<sup>10)</sup>を参考に脳神経看護領域で使用頻度が高いが、診断指標の数が多く整理されていないと思われた看護診断ラベルを抽出した。

脳神経看護領域において該当すると50%以上が回答した診断指標は、脳神経看護領域において、対象の反応として捉えられている症状である。対象の背景から、系統別では、混合が50%占めており、また内科が14.6%、外科が29.3%であることから、これらの症状は、急性期から回復期に至る全般的な脳神経疾患を有する対象に多くみられた症状であることがわかる。

項目ごとにみても、看護診断ラベル『嚥下障害』の診断指標では、その嚥下のメカニズムから3相にわかれ診断指標があげられているが、上位の項目は、3相のいずれの相においても、患者が食事を摂取するにあたり、誤嚥防止のための必須の観察項目である。この症状に着眼し観察することで、患者にあった食事内容の工夫や誤嚥防止に努めていることがわかる。

下位の項目は、「不十分な乳頭形成を起こす吸てつ」、「鼻への逆流」「食物を咀嚼する以外の歯ぎしり」「説明つかない食事のイライラ」など、食事を摂取する上では、直接関与しない項目であり、〈嚥下障害〉では、看護師は食事の介助時に焦点をあて、観察していることがわかった。

看護診断ラベル『摂食セルフケア不足』の診断指標では、上位の項目は、食事を自力で摂取する時に必要な能力に焦点をあてている。下位の項目は、「台所用具を取り扱えない」「食物摂取のために調理することができない」などの内容であり、退院後に必要な能力といえる。今回、入院している患者を対象にしたため、優先度が低い項目として示されたと考える。

看護診断ラベル『更衣セルフケア不足』の診断指標では、17項目中15項目が50%以上が該当すると思われており、全体の9割近くが、診断指標として必要なものであると捉えられていた。更衣セルフケアは、脳神経看護領域は、急性期から亜急性期、回復期、リハビリ期とすべての過程において、看護師が関わる時が多く、必要な観察項目であることがいえる。同様に靴や靴下の着脱についても上位になっており、日ごろ看護師が患者の着衣の援助をしていることがわかる。

下位の項目に着眼してみると、「満足のいくレベルに外見を維持できない」「衣料品を入手する能力障害」

であった。今回は病院に勤める看護師を対象にした調査であり、その対象は病院に入院している患者である。衣料品は、家族や施設側で衣料品を準備することが可能であり、あまり高い頻度として取り上げられなかったことが考えられる。

看護診断ラベルでは『非効果的脳組織循環リスク状態』の診断指標では、診断ラベルがリスク状態であることから、抽出された内容は危険因子にあたる。上位項目は、「脳腫瘍」「脳動脈瘤」「高血圧」であった。脳組織循環に及ぼす影響が高く危険な因子であると看護師が予測している疾患、および状態である。下位の項目は、その影響が低いと看護師が捉えていると推測する。

看護診断ラベル『言語的コミュニケーション障害』の診断指標では、上位の項目は、看護師が患者とコミュニケーションをとる上で、看護師は基本的な「話す」という言語的なコミュニケーション能力に着眼していることが考えられる。また診断指標はわかりやすい表現である。下位の項目は、「話すことを強情に拒否」「選択して傾聴するのが困難」、「身体を使った表現が困難」「呼吸困難」など、わかりにくい表現であり共通言語として使用しにくい。また基本的な話すこと以外の項目を言語的コミュニケーションとは、捉えていないことが考えられた。

## 2) 看護診断の活用の実態と課題

今回の調査は、臨床における看護診断の活用は、72.1%であったが、この結果は、協力が得られた施設が18施設(9.5%)、回収率は123人(44.5%)であり、脳神経看護領域の一部を示したのにすぎず、限界がある。

今回の研究結果では、「看護診断を学習する必要性がある」と118人(95.9%)が回答しており、また「NANDA-I看護診断ラベルを使用して使いにくい点がある」と85人(69.1%)が回答していることから、現在使用しているが使用にあっては、課題が多いことが推測された。

このことは、他の研究結果<sup>11-13)</sup>からも述べられており、看護診断が多く病院で取り入れられているが、共通の言語としては理解が進んでいないことが推測され、看護師は学習の必要性を感じていることがわかった。また、脳神経看護経験が、4.6年であり、病院でいえば中堅層にあたる対象であることから、学習の必要

性は高いといえるであろう。黒田<sup>14)</sup>の研究結果からは、看護診断の学習を受けた看護師が有意に看護診断についての理解が高い結果がでており、学習の機会を設けることで、さらに看護診断についての理解が深まり、より正確な看護診断ラベルを導きだすことができると考える。

脳神経看護領域における診断指標の調査はほとんど行われていない。今後はこの結果を参考に関連因子も含め調査し、より正確な看護診断ラベルを抽出できるようデータベースを作成することである。

今回は脳神経疾患に従事する看護師に焦点をあて調査をした。結果からは、ほとんどの看護師が学習の必要性を感じていることから、学習の内容について質的な研究も含めて探る必要があること、また専門的な認定看護師に適応についての検討も含め、より専門的な看護ケアの向上に向け、基礎資料となる調査を増やしていく必要がある。

## 6. 結論

- 1) 上位の診断指標は、『嚥下障害』では、「むせる」、『摂食セルフケア不足』では、「食物を容器から口に運ぶことができない」、『更衣セルフケア不足』では、「衣服を脱げない」、『非効果的脳組織循環リスク状態』では「脳腫瘍」、『言語的コミュニケーション障害』では、「考えていることを言葉で話すことが困難」であった。
- 2) 下位の診断指標は、『嚥下障害』では、「食物を咀嚼する以外の歯ぎしり」、『摂食セルフケア不足』では、「台所用具を扱えない」、『更衣セルフケア不足』では、「衣料品を入手する能力障害」、『非効果的脳組織循環リスク状態』では、「左室壁運動消失」、『言語的コミュニケーション』では、「話すことを強情に拒否する」であった。
- 3) 看護診断を学習する必要性を118人(95.9%)の看護師が感じていた。

## 謝辞

本研究において、協力いただいた関東圏内の脳神経科を有する病院の看護部長、および看護師に感謝いたします。

尚、この研究は目白大学特別研究の助成金を受けている。



## 【文献】

- 1) 口元志帆子, 竹内久美子, 佐藤亜月子: 脳神経外科領域における看護診断ラベルの特徴. 日本脳神経看護学会誌 32, 50 (2009)
- 2) 日本看護診断学会用語検討委員会報告: 看護基礎教育カリキュラムへの看護診断の取り入れに関する調査. 看護師診断 6, 112 (2001)
- 3) T. ヘザー・ハードマン編, 日本看護診断学会監訳: NANDA-I看護診断一定義と分類2009-2011. 424 医学書院 (2009)
- 4) 松本光子: わが国における看護診断の現状と未来. 看護診断 9, 39-46 (2004)
- 5) 佐藤重美: 12のNANDA看護診断カテゴリーの日本における内容の妥当性. 看護診断 5, 79-87 (2000)
- 6) 江川隆子: 慢性期看護領域における看護診断の活用. 看護診断 13, 84-88 (2008)
- 7) 竹内久美子, 口元志帆子: わが国の脳神経看護に関する研究の動向. Brain nursing 24, 105-112 (2008)
- 8) 前掲書6) 88
- 9) 前掲書3)
- 10) 黒田裕子, 柏木公一, 小田正枝: NANDA-I看護診断に対する臨床看護師の意見調査—5つの看護診断に焦点をあてて—. 看護診断 13, 89-99 (2008)
- 11) 長谷川智子, 小笠原和枝, 上木礼子, その他: 高使用頻度のNANDA看護診断ラベルとその関連因子に関する看護記録の分析. 看護診断 12 (1), 43-51 (2007)
- 12) 黒田裕子: 日本におけるNANDA看護診断の使用頻度に関する実態調査. 看護診断 8, 6-14 (2003)
- 13) 倉島幸子: 臨床看護師の看護診断における仮説検証過程. 看護診断 11, 5-17 (2006)
- 14) 前掲書12) 13

(2011年10月3日受付、2011年11月18日受理)