

小児看護学領域における看護診断の取り組み

— 北米看護診断協会 (NANDA) 導入の可能性 —

土取 洋子

要旨 21世紀の少子・高齢化社会の到来にともなって、次代を担う子どもたちの保健医療や福祉のために、家族も含めた小児看護領域のトータルケアについて学際的研究が望まれ、一方看護の専門化に伴う看護診断導入の機運も高まりつつある。本稿においては看護診断の歴史の変遷と定義を提示し、その先駆的業績を成した北米看護協会 (NANDA) の発展経緯と現状から、小児看護領域の概念枠組み・看護実践の実状に言及してわが国における看護診断導入について若干の資料を提出した。

キーワード：小児看護、ロジャーズ看護論、北米看護診断協会 (NANDA)、看護診断

I. はじめに

保健医療におけるケアの質的向上へのニーズが高まり、社会のニーズをグローバルにとらえる一方、看護学の発展と大学教育への貢献のためそれぞれの領域の専門性について具体的な提示と、領域内でのコンセンサスが必要とされている¹⁾。わが国における看護理論の発達には米国の理論家や自然科学・人文社会科学の方法論によるところが多く、独創的かつ明解な理論的根拠を提示することはむずかしい現状がある。最近の看護学におけるトピックとして看護診断があるが、今後国際的に承認されつつある NANDA の看護診断と、わが国における実践で経験された重要な概念とを比較検討することが課題であり、本稿においては小児看護領域で看護診断を教育・研究・実践に導入することの難しさを検討し、問題点を整理した。

II. 看護診断の背景と構造

1. 歴史的経過

看護の原点といわれる Florence Nightingale は、看護覚え書 (Note on Nursing) の中で、観察するための注意力を養うことが、看護婦に与えられるべき最も重要で実践的な訓練であると言っている²⁾。1859年にすでに彼女の思考過程の中に科学的な看護

診断の発想が伺われる。1900年代に入ると看護過程が事例研究の中に蓄積され、1948年に報告された Brown Report³⁾ は、質の高い看護ケアに責任をもつために包括的な看護問題確認とケア計画の推進が要請された。看護診断という用語が看護過程の構成要素として導入されるまで長い時が経過したが、1953年 Vera Fry が看護診断の系統的記述の方法を最初に提案した⁴⁾。その後1960年代にかけて、診断という用語とそれに含まれる医学的意味について論争が続いた。1970年代に入り看護理論にシステム理論が発展し、多くの看護婦と他の保健医療専門職に、看護診断の拡大と診断を組織化するシステムの必要性をもたらした。米国看護婦協会は1973年に「看護業務の基準」を、そして1980年に「Social Policy Statement⁵⁾」を公式声明したことで、看護過程における看護診断を明確に位置づけた。現在看護診断カテゴリーとその分類法の開発に最も活躍している NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) は、1973年に St. Louis 大学主催で開催された “National Conference on Classification of Nursing Diagnosis” が発足の起源である。この NANDA の活動は早期から ANA と合同委員会を組織し、協調してきわめて組織的・研究的に大規模に展開している。ANA は WHO の ICD (International Classification of Disease: 国際疾病分類) の第10回

改定にあたってNANDAの分類法I改定版を提出した。そして1989年のICN（国際看護婦連合）大会において看護診断の国際的検討を提案、専門職業務委員会に委託された⁶⁾。1993年6月にスペインで開催されたICNにおいても、NANDAシステムに網羅された分類システムの編集及び世界各国からのデータ収集を継続していく方針が確認された。一方わが国においては1978年すでに福井が「看護診断とその文献的考察」の中で看護が専門職として成立するための看護過程の重要性を述べ、その後多数翻訳も出版され、1991年日本看護診断研究会発足、1995年第1回看護診断学会が開催のはこびとなった。しかし看護教育・臨床看護体制など多岐にわたり一般化には長期の道のりが予想される。

2. 看護診断の定義

看護診断には様々な定義があるが、いずれも次の

3つの共通の概念を含めている⁷⁾。

- 顕在的または潜在的問題
- 個人、家族、あるいは集団の問題
- 看護婦が独自に介入できる問題

本稿においては、北米看護診断協会(NANDA) (1990) が提唱した定義を提示する。

A nursing diagnosis is a clinical judgement about an individual, family, or community response to actual or potential health problems/ life processes which provides the basis for definitive therapy toward achievement of outcomes for which the nurse is accountable.

診断分類(表1)は発達途上にあり、現状での不完全さに批判はあるが、現象の観察と診断名の検証を繰り返し、洗練させることは可能かつ有意義なことである。

表1 看護診断分類(NANDA Taxonomy 1-1992)⁶⁾

| | |
|-------------------------------|----------------------------------|
| 1.0 交換：相互のやりとりに関する“人間の反応パターン” | 1.4.1.1.4 消化管循環 |
| 1.1 栄養摂取の変化 | 1.4.1.1.5 末梢血管循環 |
| 1.1.1 | 1.4.1.2 体液量 |
| 1.1.2 [全身性] | 1.4.1.2.1 過剰 |
| 1.1.2.1 栄養摂取の変化：必要以下の摂取 | 1.4.1.2.1 不足 |
| 1.1.2.2 栄養摂取の変化：必要以上の摂取 | 1.4.1.2.2.1 実在 |
| 1.1.3.3 栄養摂取の変化：必要以上の摂取のハイリスク | 1.4.1.2.2.2 ハイリスク |
| 1.2 [身体的調節の変化] | 1.4.2 [心臓性] |
| 1.2.1 [免疫] | 1.4.2.1 心拍量の変化 |
| 1.2.1.1 感染のハイリスク | 1.5 [酸素化の変化] |
| 1.2.2 [体温] | 1.5.1 [呼吸] |
| 1.2.2.1 体温調節変化のハイリスク | 1.5.1.1 ガス交換の障害 |
| 1.2.2.2 高温 | 1.5.1.2 気道浄化不良 |
| 1.2.2.3 低体温 | 1.5.1.3 呼吸不全パターン |
| 1.2.2.4 体温調節不良 | 1.5.1.3.1 自発呼吸維持困難 |
| 1.2.3 [神経] | 1.5.1.3.2 病的的人工換気離脱反応 |
| 1.2.3.1 自律神経反応失調 | 1.6 [身体統合性の変化] |
| 1.3 排泄の変化 | 1.6.1 損傷のハイリスク |
| 1.3.1 排便 | 1.6.1.1 窒息のハイリスク |
| 1.3.1.1 便秘 | 1.6.1.2 中毒のハイリスク |
| 1.3.1.1.1 主観的便秘 | 1.6.1.3 外傷のハイリスク |
| 1.3.1.1.2 慢性的便秘 | 1.6.1.4 誤嚥のハイリスク |
| 1.3.1.2 下痢 | 1.6.1.5 未使用症候群のハイリスク |
| 1.3.1.3 便失禁 | 1.6.2 防御力の変化 |
| 1.3.2 排尿 | 1.6.2.1 組織統合性の破綻 |
| 1.3.2.1 尿失禁 | 1.6.2.1.1 口腔粘膜 |
| 1.3.2.1.1 腹圧性 | 1.6.2.1.2 皮膚統合性 |
| 1.3.2.1.2 反射性 | 1.6.2.1.2.1 実在 |
| 1.3.2.1.3 切迫性 | 1.6.2.1.2.2 ハイリスク |
| 1.3.2.1.4 機能的 | 2.0 伝達：メッセージの送りだしに関する“人間の反応パターン” |
| 1.3.2.1.5 完全 | 2.1 コミュニケーションの変化 |
| 1.3.2.2 尿閉 | 2.1.1 言語的 |
| 1.4 [循環の変化] | 2.1.1.1 障害 |
| 1.4.1 [血管性] | 3.0 関係：絆の構築に関する“人間の反応パターン” |
| 1.4.1.1 組織循環 | 3.1 [社会化の変化] |
| 1.4.1.1.1 腎循環 | 3.1.1 社会的相互関係の障害 |
| 1.4.1.1.2 脳循環 | 3.1.2 社会的孤立 |
| 1.4.1.1.3 心肺循環 | 3.2 [役割の変化] |

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 3.2.1 役割遂行の変化 <ul style="list-style-type: none"> 3.2.1.1 親業の変化 <ul style="list-style-type: none"> 3.2.1.1.1 実在 3.2.1.1.2 ハイリスク 3.2.1.2 性的 <ul style="list-style-type: none"> 3.2.1.2.1 機能障害 3.2.2 家族過程の変化 <ul style="list-style-type: none"> 3.2.2.1 ケア提供者の役割緊張 3.2.2.2 ケア提供者の役割緊張のハイリスク 3.2.3 [役割の葛藤の変化] <ul style="list-style-type: none"> 3.2.3.1 親役割の葛藤 3.3 性パターンの変化 4.0 価値: 相対的価値の帰属に関する“人間の反応パターン” <ul style="list-style-type: none"> 4.1 魂の状態の変化 <ul style="list-style-type: none"> 4.1.1 魂の苦悩 5.0 選択: 別法の選択に関する“人間の反応パターン” <ul style="list-style-type: none"> 5.1 コーピングの変化 <ul style="list-style-type: none"> 5.1.1 個人コーピング <ul style="list-style-type: none"> 5.1.1.1 無効 <ul style="list-style-type: none"> 5.1.1.1.1 適応障害 5.1.1.1.2 防御的コーピング 5.1.1.1.3 無効な否認 5.1.2 家族コーピング <ul style="list-style-type: none"> 5.1.2.1 無効 <ul style="list-style-type: none"> 5.1.2.1.1 無能化 5.1.2.1.2 中途半端 5.1.2.2 成長のハイリスク 5.2 [参加の変化] <ul style="list-style-type: none"> 5.2.1 治療法の無効な管理 (個人) <ul style="list-style-type: none"> 5.2.1.1 ノンコンプライアンス 5.3 [判断の変化] <ul style="list-style-type: none"> 5.3.1 個人 <ul style="list-style-type: none"> 5.3.1.1 意志決定上の葛藤 5.4 健康探究行動 (行動を特定する) 6.0 運動: 活動に対する“人間の反応パターン” <ul style="list-style-type: none"> 6.1 [活動の変化] <ul style="list-style-type: none"> 6.1.1 身体可動性 <ul style="list-style-type: none"> 6.1.1.1 障害 <ul style="list-style-type: none"> 6.1.1.1.1 末梢神経血管性機能障害のハイリスク 6.1.1.1.2 活動不耐性 <ul style="list-style-type: none"> 6.1.1.1.2.1 疲労 6.1.1.1.3 活動不耐性のハイリスク 6.1.2 活動不耐性 <ul style="list-style-type: none"> 6.1.2.1 疲労 6.2 [休息の変化] <ul style="list-style-type: none"> 6.2.1 睡眠パターンの障害 6.3 [レクリエーションの変化] <ul style="list-style-type: none"> 6.3.1 娯楽活動 <ul style="list-style-type: none"> 6.3.1.1 不足 6.4 [ADLの変化] <ul style="list-style-type: none"> 6.4.1 家事家政 <ul style="list-style-type: none"> 6.4.1.1 障害 6.4.2 健康維持 6.5 [セルフケア不足] | <ul style="list-style-type: none"> 6.5.1 食事摂取 <ul style="list-style-type: none"> 6.5.1.1 嚥下障害 6.5.1.2 母乳栄養不良 <ul style="list-style-type: none"> 6.5.1.2.1 母乳栄養の中断 6.5.1.3 効果的母乳栄養 6.5.1.4 乳児の摂食パターン不良 6.5.2 入浴/清潔 6.5.3 衣/身繕い 6.5.4 用便 6.6 成長発達の変化 6.7 移転ストレス症候群 7.0 知覚: 情報の受け入れに関する“人間の反応パターン” <ul style="list-style-type: none"> 7.1 自己概念の変化 <ul style="list-style-type: none"> 7.1.1 ボディイメージの障害 7.1.2 自尊心の障害 <ul style="list-style-type: none"> 7.1.2.1 慢性的自尊心の障害 7.1.2.2 状況的自尊心の障害 7.1.3 自己同一性の障害 7.2 感覚知覚の変化 <ul style="list-style-type: none"> 7.2.1 視覚 <ul style="list-style-type: none"> 7.2.1.1 偏側無視 7.2.2 聴覚 7.2.3 運動覚 7.2.4 味覚 7.2.5 触覚 7.2.6 嗅覚 7.3 [意味づけの変化] <ul style="list-style-type: none"> 7.3.1 失望 7.3.2 無力 8.0 知ること: 情報に伴う意味に関する“人間の反応パターン” <ul style="list-style-type: none"> 8.1 [知識の変化] <ul style="list-style-type: none"> 8.1.1 知識不足 (領域を特定する) 8.2 [X X X X X X] 8.3 思考過程の変化 9.0 感覚・感情: 情報に関する主観的な認識に関する“人間の反応パターン” <ul style="list-style-type: none"> 9.1 安楽の変化 <ul style="list-style-type: none"> 9.1.1 疼痛 <ul style="list-style-type: none"> 9.1.1.1 慢性疼痛 9.2 [情動統合性の変化] <ul style="list-style-type: none"> 9.2.1 悲嘆 <ul style="list-style-type: none"> 9.2.1.1 病的悲嘆 9.2.1.2 予期的悲嘆 9.2.2 暴力のハイリスク <ul style="list-style-type: none"> 9.2.2.1 自己損傷のハイリスク 9.2.3 精神的外傷後反応 <ul style="list-style-type: none"> 9.2.3.1 強姦外傷症候群 <ul style="list-style-type: none"> 9.2.3.1.1 複合反応 9.2.3.1.2 沈黙反応 9.3 [情緒状態の変化] <ul style="list-style-type: none"> 9.3.1 不安 9.3.2 恐怖 |
|---|--|

[] 理解を促進するため便宜的に示されたもの。

3. 看護診断の意義

看護診断の意義については様々な観点から論じられているが、わが国の現状をふまえて、今後の研究課題である継続看護ケアへ向けての看護活動における看護診断の意義について注目したい。

ヘルスケアにおける医療費の高額化は進み、患者のニーズと医療資源が正しく合致することが求めら

れてきている昨今、急性期ケアの場と地域社会の継続性を保障することは重要であり、患者の全体的ケアプログラムのために看護診断は有意義である。しかしわが国における看護診断が正確な診断名で患者の問題を網羅して同定するということが、看護の専門性とその責任範囲だけでは困難な現状があるのではないだろうか。そこで看護診断の開発は今まで発

展途上にあった看護職が他の医療職と保健福祉の視点で対象のニーズを共有することに役立ち、包括的なケアマネジメントに継続することが期待できる。その成熟過程を経て、新たな自律性のエネルギーを蓄積して、ユニークな知識体系を構築することが可能となり、学際的研究にも貢献するものと考えられる。

Ⅲ. NANDA看護診断分類法の開発

1. 理論的枠組みの必要性

C. S. Royら米国の看護理論家グループが、まず看護が扱う現象について検討した。看護における主要概念として看護・健康・人間・環境の4つがある。そのうちの人間についてM. E. Rogersのunitary human beingが提示されたが、ロジャーズ看護論⁸⁾は抽象的で細部に説明されていないため、理論家グループで実践レベルまで開発されることになった。unitary human beingというのは、「一単位としての人間」ということであるが、これはM. E. Rogersの科学的哲学「全体は部分の総和以上のもの、1つのまとまりのある存在」ということを意味している。unitary human beingについて、次の2つの前提がある。

- (1) unitary human beingは開放系である。
- (2) unitary human beingはパターンとオーガナイゼーションによって特徴づけられる四次元のエネルギーの場である。

また健康についても次の3つを前提としている。

- (1) 価値
- (2) 場の統合を高めるエネルギーの交換パターン
- (3) 人-環境の相互作用パターン

これらを前提に、人-環境の相互作用が9つのパターンでまとめられ、これが診断分類体系の概念枠

組みになった。開発するための作業は、当時承認されていた42の診断カテゴリーに対して、列記されていた1,051の定義上の特徴 (defining characteristics) を分類することから始められた。1,051の中から類似のものを集めて9つのパターンに集約する。それとともに各診断名の抽象レベルはきわめて多様なため、検討の上この9つのパターンに類別した。また演繹的アプローチにより、人間-環境の相互作用パターンの特性は相互作用 (interaction) と行為 (action)、そして感動 (moving) の3つで示されている。さらに、抽象レベルをより具体的なものへとおろすと、相互作用は“交換”“伝達”“関係”が、また行為についてはこれをunitary human beingの過程と考えて“価値”“選択”“運動”が、“感動”からは“認知”“感情”“理解”がそれぞれ3つずつ9つのパターンに位置づけられた (図1・表2)⁹⁾。

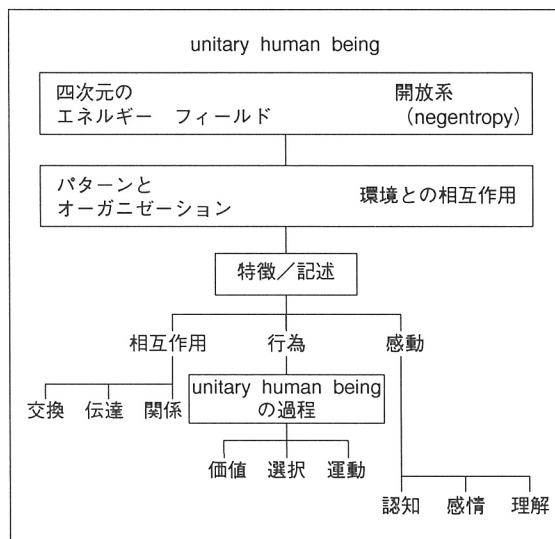


図1 抽象化のレベルに関する演繹的アプローチ⁹⁾

(Roy, C.: Framework for classification systems development progress & issues. Classification of Nursing Diagnoses, Proceedings of the 5th National Conference, Kim MiJa et al.ed.,p.33,1984, unitary human beingに改訂した。)

表2 パターンと第一レベルの内容の相似

| unitary human beingのパターン | 人間の反応の変化 |
|--------------------------|-----------------------------------|
| 交換 | 栄養, 排泄, (酸素化, 循環, 生理的統合性) |
| 伝達 | (コミュニケーション) |
| 関係 | (役割) |
| 価値 | 霊的 (状態) |
| 選択 | コーピング (参加) |
| 運動 | 活動, 休息, (レクリエーション, 日常生活動作, セルフケア) |
| 認知 | 自己概念, 感覚/知覚 |
| 理解 | 知識, (学習), 思考過程 |
| 感情 | 安楽, (情緒的統合性) |

(Kritek, P.B.: Report of the group work on taxonomies. Classification of Nursing Diagnoses, Proceedings of the 5th National Conference, Kim MiJa et al.ed.,p.49,1984, unitary human beingに改訂した。)

以上により、NANDA看護診断分類法の開発は、米国で開発された抽象度の高い理論から研究が進められてきており、9つのパターンをそのまま、臨床や教育のカリキュラム構成に導入することは現象と距離があり、またこの理論的背景を知らずに看護診断することは、看護学の科学的発展を妨げることになり、いずれも問題がある。

2. 今、なぜ看護診断なのか？

看護学が4年生の大学教育として学的発展をめざすとともに、実践の看護職の専門性について明確に提示することが求められる中で、M. M. Styles (1982) は、看護の将来性について次のように述べている¹⁰⁾。

- 発展的な大学教育
- ユニークな知識体系
- 他者（他職種）へのサービス志向性
- 専門職業団体（学会）の組織化
- 自律性と自己統制力

現在、アメリカにおける看護理論の発達と成熟により看護の自律性や責任と、看護診断との関連を説明できる段階に達してきた。ヘルスケア提供者にとっては、コンピューターシステムを導入する上で看護診断導入は必要であり、コンピューターを有効に活用することによって、データ分析する看護学独自の情報システムを開発し、統合された保健・福祉の体系化と実践への貢献が期待できる¹¹⁾。わが国においても患者情報をコンピューター管理するために看護診断の導入が開始されている^{12) 13)}。

教育の場から実践と研究の統合を図るためには概念モデルを構成し、諸概念の関連性を明らかにしていく必要がある。従って看護情報システムの開発は、看護学の専門家が実践との相互作用をもちながら現象を具体的に記述して分類し、抽象化していく体系的な分類の理論的研究に必要であると考えられる。

IV. 小児看護の概念枠組みとNANDA看護診断

小児看護の実践では理論にとらわれず、NANDA看護診断分類法（表1）の導入の実際が、わかりやすくまとめられた L. J. Carpenito 著、日野原重明監訳の「看護診断ハンドブック¹⁴⁾」などを参考に実践的な看護過程への応用が進められている施設もある。しかし看護診断に対する看護界の受け入れは多様であり、研究の場からどのようなアプローチができるか小児看護領域に導入されることに対して専門家の回答が迫られている。看護理論家の中にも看護診断に異論があり、「人間は構成要素からなる体系（システム）や部分には還元できない」という批判的な見解は R. R. Parse によって指摘されている。しかし、彼女自身の理論開発の源泉が、M. E. Rogers によって開発された統一体としての人間の科学であることは周知のことであり^{15) 16)}、看護診断の原型とされたロジャーズ看護論と矛盾はないと考え、将来的に統合されることが期待できる。

米国の理論家で小児を対象とした数多くの研究と、その理論が紹介されている K. E. Barnard は新生児から生後3才までの親-子相互作用について、一貫

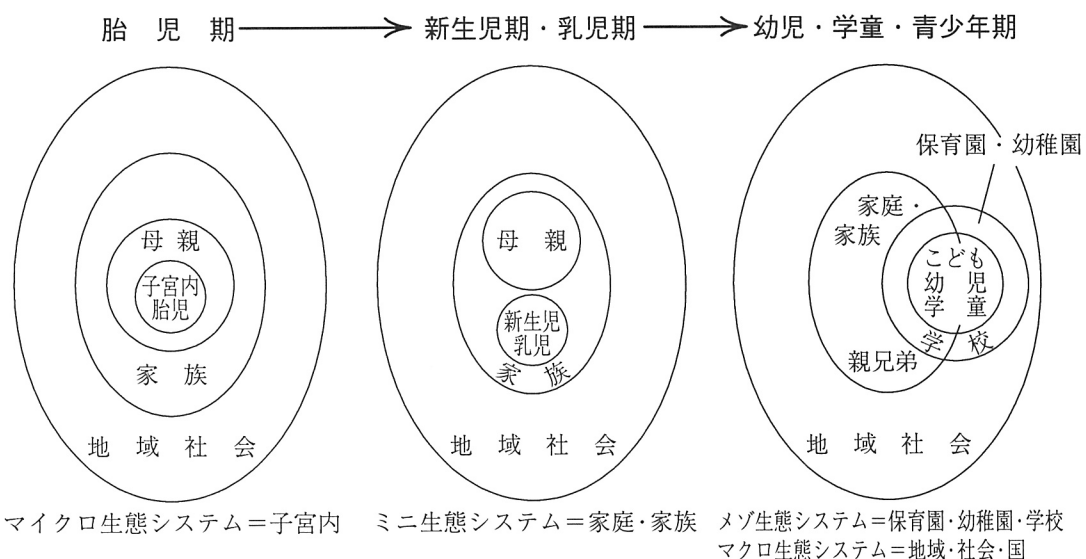


図2 子どもの生態システム (小林・小嶋・原・宮澤編：新しい子ども学, 第2巻, 東京：海鳴社, 1986, p.52より抜粋)

した帰納的研究により中範囲理論を発展させつつある。彼女の理論は小児健康評価相互作用理論と呼ばれ、10項目の理論的主張に基づいている¹⁷⁾。

小児健康評価相互作用理論はわが国においては一般化されていないが、理論の検証にブラゼルトン新生児行動評価等の測定用具を使い、実践における研究を蓄積して理論が検証されている。しかし彼女の理論は生後3年間の親-子相互作用についてであり、それ自体が小児看護診断の理論として適切であるとは考えられない。彼女は今後の研究について、子ども・親・環境の限局した範囲についての探求につなげたいと言っている¹⁷⁾。つまり彼女の研究領域は、今まであまり検証されなかった小児看護の診断領域を検証することになると考える。研究者は、K. E. Barnardの理論をわが国で検証する研究を模索しながら、一方幼児期以降の発達段階にある子どもについて、全体論的アプローチが可能となる看護診断について検討していきたいと考えている。

小林は子どもと生活環境のかかわりを、子どもを中心とする生態システムととらえ、年齢とともに変化するそのシステムをマイクロからミニ、メゾ、マクロな生態システムの推移として説明している¹⁸⁾

(図2)。研究者は小児看護における母親の役割とともに兄弟や父親、学友など、それぞれの子どもとその子どもを援助する親の社会資源を理解し、子どもにとってのソーシャルサポート・ネットワークを概念枠組みの中に位置づけることは、対象のセルフケア能力を高めることになると考えている。看護診断の諸問題の関連性の中で対象の自発性への援助の有効性を高めていきたい。

V. 看護実践から看護診断への期待

施設により異なるが、看護情報システム化の必要性の中で実践への看護診断導入に積極的な動きがみられる。看護診断は看護過程の1つのステップとしてとらえられている。すなわち、アセスメント、看護診断、計画、実践、評価の5つのステップが、収集した情報の適切なアセスメントをもとに展開されていく。小児科領域においてはフィジカルアセスメント、新生児・乳児期の神経学的評価や発達検査¹⁹⁾は専門的知識と技術を要し、医師が行った結果を情報として活用する場合もある。医療の進歩により、入院治療を受けなければならない子どもの疾

病構造はかなり複雑化し、先進的な小児医療部門では疾患別の患者プロトコルが定着したところであろう。これを看護診断に生かすことで医学との共通問題をより明確にすることができる。以上の経過の中で他職種の専門家に理解と協力を得ることが開発の鍵となると考える。

療養型施設における看護の対象として、知的障害児や重症心身障害児・進行性筋ジストロフィー症の児童は、児童福祉施設や国立療養所で療養生活をおくっている。それらは治療よりも生活が優先されるケアの場で、病院とは異なる多職種協働の場である。施設に入所した子どもたちと家族の関係をアセスメントすること、栄養状態・潜在的な感染の危険性等に関する看護診断は非常に重要であるにもかかわらずその実践はかなり困難な現状がある。この領域における看護のスペシャリスト、科学的な思考と対象のニードを満たすことのできる技術を備えた看護職を育てることが先決問題であるかもしれない。

また、低出生体重児や先天性疾患のために生後まもなく手術をし、その後特別なケアが必要であったり、慢性疾患や白血病など治療を継続しながら通学したり、あるいは重症の呼吸不全のため在宅で人工呼吸管理を必要とする子ども^{20) 21)}など、医療を家庭で行うケースが増えてきている。子どもと家族の福祉のためには、難病など少数の対象に対しても個別性を尊重したケアが継続されるための健康管理システムが必要になる。

VI. 教育への導入

大学教育においては科学的に実証されていることと、未知の問題とに遭遇する機会が与えられ、学際的な研究に参画するための創造性を育むことが期待できる。米国では小児看護のテキストにNANDAの診断カテゴリーが包含され、教育内容は、看護過程とともに看護診断概念が説明され、看護理論を基にした知識体系が構築されつつある^{22) 23) 24)}。Southeast Missouri州立大学は、看護診断カテゴリー概念を各科目に包含したカリキュラムを構成している。わが国でもすでにカリキュラム設定時に計画的に基礎教育に必要な看護診断概念を内容として検討している大学もある²⁵⁾。しかし、カリキュラムデザインにどのように看護診断を位置づけるかは重要な問題であり、様々な変数を考慮して大学の理念

のもとに、学生の創造性を規定することなく、可能性を最大限に生かすために他面的に検討されなければならない。

Ⅶ. ま と め

看護診断への取り組みは未だ萌芽期であり、新しい看護のイメージを追求できる可能性がある。現在、L. J. Carpenitoの著書¹¹⁾を参考に、患者アセスメントについて試案(表3)を検討しているが、これ

はM. Gordon²⁶⁾の「機能的健康パターン」のもとに、NANDAの看護診断カテゴリーを再構成したassessment toolである。今後先行研究についてさらに検索し、看護の本質を見失うことなく現象を観察し、実践における記録と比較しながら継続して検討していくことが必要である。子どものケアを通して環境に介入し、その発達にも責任がある小児看護学は、看護診断導入への軌跡に科学的真価が問われている。

表3 NANDAの看護診断のデータベースアセスメント

(以下の質問については子どもが答えられない場合は母親または養育者に質問する。)

| | |
|---|--|
| <p>A. 健康知覚—健康管理パターン</p> <p>1. すべての子どものために</p> <p>a. 平常の健康状態はどうか。</p> <p>b. 今日の健康状態はどうか。</p> <p>c. 子どもの健康の維持増進にどのようなことをしていますか。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 栄養 • 活動と遊びの機会について • 専門的なヘルスケア • 予防接種状況 • 何か常備薬がありますか。それらは何ですか。それらの目的は何ですか。 <p>2. 入院している病気の子どものために</p> <p>a. 病院を受診した理由は何ですか。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 病気の原因は何ですか。 • いつ病気が始まりましたか。 <p>b. どのような治療を受けていますか。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 治療の目的を知っていますか。 • 治療はどのように効果しているか知っていますか。 <p>c. 依然に入院した経験はありますか。それはどのような理由でですか。それは子どもとあなたにとってどのような影響がありましたか。</p> <p>d. この入院についてあなたはどのような期待をしていますか。</p> <p>e. 子どもが退院されたあと、家庭でどのようなケアが必要になると予想されますか。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 予想される問題は何かですか。 <p>3. 健康・不健康を問わず、2才より幼いすべての子どもについて問題に関連した適性がある時(発達障害、未熟性による問題)</p> <p>a. 妊娠中のケアはどれくらい受けましたか。</p> <p>b. 妊婦中に何か薬を飲みましたか。</p> <p>c. 妊娠中に何か困ったことがありましたか。</p> <p>d. 出生時体重と身長はいくらでしたか。</p> <p>e. 在胎週数の長さはどれくらいでしたか。</p> <p>f. 新生児期に何か困ったことはありましたか。</p> <p>B. 栄養—代謝パターン</p> <p>1. 食欲はどうか。</p> <p>2. 食事やおやつなど子どもの毎日の栄養状態について</p> <p>a. 母乳栄養：授乳回数、哺乳量</p> <p>b. 人工栄養：授乳回数、哺乳量、製品名</p> <p>c. 離乳食：開始時期、食品群、各食事の摂取量</p> <p>d. 一般食</p> <ul style="list-style-type: none"> • 食物に関して何かアレルギーがありますか。 • 栄養補給のためにビタミン剤などを与えていますか。 • 24時間に牛乳をどれくらい飲みますか。 • 哺乳ビンですかコップですか。 | <p>3. 好きな食べ物は何ですか。また嫌いな食べ物は何ですか。</p> <p>4. ファーストフードのレストランへどれくらいの頻度で行きますか。</p> <p>5. キャンディー・チョコレートやジュースなど甘いものは1日にどれくらいとりますか。</p> <p>6. 食事の習慣などについて何か特別にありますか。</p> <p>C. 排せつパターン</p> <p>1. 便について</p> <p>a. 排便は1日何回ありますか。</p> <p>b. 色・量はどれくらいですか。</p> <p>c. トイレット・トレーニングはされていますか。</p> <p>d. 今までに、下剤や洗腸、坐薬などを使用したことがありますか。</p> <p>どれくらい頻回に、どのようにして使用する時は選びますか。</p> <p>e. 肛門部のケアはどのようにされていますか。</p> <p>2. 尿について</p> <p>a. 排尿についてどのような問題がありますか。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 夜尿(おねしょ) • 排尿困難 • 尿漏れ • 多尿 • 尿閉 <p>b. 排せつを助けるための何か援助が必要ですか。</p> <p>c. トイレット・トレーニング中ですか。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 日中 • 夜中 • 偶発的 <p>3. 皮膚 —— 今までに皮膚に何かトラブルがありましたか。</p> <p>(かゆみ・腫脹・発赤・ひりひりする痛み・ざそう(にきび)・色・温度変化)</p> <p>D. 活動—運動パターン</p> <p>1. 粗大運動能力</p> <p>(例)a. 1才児(+ -), ひとり立ちする(+ -), 片手を引くと歩く(+ -), 座った姿勢から手をつけて立ち上がる(+ -)</p> <p>b. 1才6ヶ月児; よく歩く(+ -), 手をひいて階段を上がる(+ -)</p> <p>c. 2才児; 走る(+ -), 積木を3つ積む(+ -), ボールが蹴れる(+ -)</p> <p>d. 3才児; よく走る(+ -), 足を交互に出して階段を昇る(+ -), まねて○を描く(+ -), 三輪車に乗る(+ -)</p> <p>2. 手の運動能力</p> <p>a. 物に手を伸ばして握りますか。</p> <p>b. スプーンを使うことができますか。</p> <p>c. おはしを使うことができますか。</p> |
|---|--|

3. セルフケア能力・活動
- a. 食事はどのようにして食べますか。援助が必要ですか。どんな援助が必要ですか。
 - b. トイレは自分でどの程度できますか。手伝ってあげるとすればどのようにしますか。
 - c. 衣服の着脱はどんなことまで自分でできますか(ボタン・タイ・チャック)。
 - d. 清潔はどの程度自立していますか(入浴, 歯磨きなど)。シャワーと入浴とどちらが好きですか。
- E. 睡眠一休息のパターン**
1. 睡眠時間はどれくらいですか。(夜: 時間, 昼: 時間)
 2. いつもの睡眠にはいる時のことについて。
 - a. 就寝時間
 - b. 午睡の時間
 - c. 習慣(おはなし, 飲物など)
 - d. 安心するもの(ぬいぐるみ・枕・毛布など)
 3. 睡眠に関して何か問題になることがありますか。
 - a. 悪夢・恐怖
 - b. 寝つきが悪い
 - c. ベッドに入るのをいやがる
 - d. 不眠
- F. 認知一知覚パターン**
1. 子どもに何か感覚知覚障害がありますか(聴覚, 臭覚, 視覚, 触覚)。
 2. 保育園や学校におけるようすはどうですか。
 - a. 平常のようすはどうですか。
 - b. 子どもの達成度で両親や先生によって感じられることがありますか。
- G. 自己知覚パターン**
1. あなたは子どもの病気をどのように感じていますか。あなたはそれにどのようにかかわっていますか。
 2. 学童前期の子どもについて; あなたは自分の病気をどのように感じていますか。
 3. 学童後期の子どもについて; あなたは自分の病気をどのように感じていますか。
- H. 役割一関係パターン**
1. コミュニケーション
 - a. 言語的発達(言葉・文章・発音)について
 (例)・1才6ヶ月; ママ・パパなど意味のある片言をいう(+ -), 名前を呼ぶとふりむく(+ -), 絵本を見て知っているものをさす(+ -),
 ・2才児; 言葉による禁止や命令がわかる(+ -), 言葉が2つ以上つながる(+ -), 10くらいの言葉が話せる(+ -)
 ・3才児; 名と性をいう(+ -), 歌を歌う(+ -), 質問をする(+ -)
 - b. 年齢相応の言葉をしゃべれますか。
 - c. 子どもの言葉の発達とスピーチに関して、何か注意してかかわっておられることがありますか。
2. 関係
- a. 家族生活についての言及
 - ・家族構成
 - ・文化的な背景
 - ・役割
 - ・おとなの職業や教育の背景
 - ・意志決定パターン
 - ・コミュニケーションパターン
 - ・訓練
 - ・問題(例: 家計・家庭内暴力・親役割の問題・夫婦間の問題)
 - b. きょうだい・仲間関係
 - ・他のきょうだいたちと遊びますか。子どもの遊びの質はどうですか。(ひとりの, 対等な, 相互作用的な, 協同の, 攻勢な)
 - ・子どもは同性の親友がありますか。
 - ・ギャングの1員ですか。
 - ・子どもは自分より年長児, 年少児あるいは同じ歳の子ども、いずれと遊ぶのが好きですか。
 - ・あなたは、子どもとその友達関係についてどのように関与していますか。
- I. 性一性機能パターン**
1. 性/性器について子どもはどんな興味を示しますか。そのことについてあなたはどのように感じますか。あなたは子どもの好奇心や行動をどのようにコントロールしますか。
 2. 思春期の子どものために
 - a. 生殖機能の知識
 - b. 性的行為
 - c. 避妊薬の使用
 - d. 妊娠歴
 - e. 異性に対する感覚
- J. コーピング一ストレスマネジメントパターン**
1. 問題に直面した時どのように決心をしますか(1人で? 誰と?)。
 2. 過去1年間に人生における喪失や変化がありましたか。子どもは?(たとえば引越し重要他者あるいはペットとの死別、親の失業)
 3. ストレスを感じてサポートや助けを求める時あなたは誰に頼りますか。
 4. 子どもの世話、家事を行い、他の家族に対する責任はどんなふうを果たしますか。
 5. 看護婦はこの入院中どのようなことであなたを助けることができますか。
- K. 価値一信念システム**
1. あなたはどのような宗教に関係があり、あるいは信仰をもっていますか。
 2. 子どもの入院の間に、支援を希望する宗教的なあるいは行為(食事・本・儀式)がありますか。

(Lynda Juall Carpenito(1995). Nursing Diagnosis. Sixth Edition. Philadelphia: J.B. Lippincott Company. より Data Base Assessment の試案)

文 献

1. 添田啓子 (1994). 小児看護婦に求められる知識と技術. 小児看護, 17(4): 407-412.
2. Nightingale, F.(1957). Note on Nursing. Philadelphia: Lippincott (Originally published, 1859).
3. Brown, E.L.(1948). Nursing for the Future. New York Russell Sage Foundation.
4. Fry, V.(1953). The creative approach to nursing. AJN, 53,301.
5. ANA (1980). A Social Policy Statement, ANA.
6. 松木光子 (1995). 米国の看護診断をめぐる思想— 開発・導入のあゆみと現状— . Quality Nursing, 1(1): 4-14.
7. Snyder, M., ライダー・島崎玲子 (1994). 日本看護診断研究会. 第4回学術集会報告(会議録).

8. Rogers, M.E.(1970). An introduction to the theoretical basis of nursing, Philadelphia : F.A.Davis.
9. 松木光子編集 (1994). 看護診断の実際. 改訂 2 版. 南光堂.
10. Styles, M.M.(1982). On nursing : Toward a new endowment. St Louis : C.V.Mosby.
11. Carpenito, L.J.(1995). Nursing Diagnosis. Sixth Edition. Philadelphia : J.B.Lippincott Company.
12. McCormick, K.A. et al(1995). 看護言語標準化に向けて：アメリカ看護婦協会臨床看護実践支援データベース推進委員会の推薦, 看護と情報, 2 : 30-38.
13. 根本秀美他 (1995). スーパーコンピュータを活用した看護診断による看護サマリーを試みて. 日本医療情報学会, 第11回看護情報システム研究会講演集.
14. Carpenito, L.J. (1993). 日野原重明監訳 (1995). 看護診断ハンドブック. 新訂第 2 版. 医学書院.
15. Parse R.R. (1981). 高橋照子訳 (1985). 健康—生きる—人間：パーシー看護理論. 現代社.
16. Parse, R.R. (1981). Nursing science : Major paradigms, theories, and critiques. Philadelphia : Saunders.
17. Ann Marriner-Tomey(1989). 都留伸子監訳 (1991). 看護理論家とその業績. 医学書院.
18. 小林 登. 小嶋謙四郎, 原ひろ子, 宮沢康人編 (1986). 新しい子ども学. 第 1 巻・第 2 巻. 海鳴社.
19. 小林 登他監修 (1993). 乳幼児発育評価マニュアル. 文光堂.
20. Marilyn, D.M. et al(1993). Ventilator-Assisted Youth : Appraisal and Nursing Care. Journal of Neuroscience Nursing. OCTOBER, 25(5) : 287-295.
21. 鈴木真知子 (1995). 人工呼吸器を装着した子どもの在宅療養を選択する親の認識に関する研究—親の認識変容過—. 日本看護科学学会誌. 15(1).
22. Wong, D.(1993). Essentials of Pediatric Nursing, 4th ed, Mosby.
23. Whaley, L.F.(1987). Nursing Care of Infants and Children, 4th ed Mosby Year Book.
24. Foster, Hunsberger & Anderson(1989). Family-Centered Nursing Care of Children. Philadelphia : W.B.SAUNDERS COMPANY.
25. 小笠原知枝 (1995). 基礎教育における看護過程と看護診断. Quality Nursing. 1(4) : 24-29.
26. Gordon, M.(1987). Nursing Diagnosis Process and Application, 2nd ed, New York : Mc Graw-Hill.

Coming to Grips with the Introduction of NANDA

— on Pediatric Nursing —

YOUKO TSUCHITORI

*Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University,
111 Kuboki, Soja-shi, Okayama 719-11, Japan*

Key words: Pediatric Nursing, Rogers' Theoretical Nursing, NANDA, Nursing Diagnosis