

〔資料〕

“安楽”をもたらす看護実践に対する患者の認識

— 第2報 —

尾岸恵三子* 寺町 優子* 佐藤 紀子* 久田 満* 野副 美紀* 猪熊 京子**

CLIENTS' RECOGNITION OF THE NURSING PRACTICE THAT LEADS TO THE STATE OF COMFORT (PART 2)

Emiko OGISHI* Yuko TERAMACHI* Noriko SATO* Mitsuru HISATA* Miki NOZOE*
Kyoko INOKUMA**

北海道、関東、関西、四国、九州地区の8施設に入院中の患者1031名を対象に、安楽をもたらす看護実践に関する患者の認識について、患者が重要としていることと看護婦が実行していると患者が認識していることを比較検討した。

KOLCABAの構成要素のA安楽でない状態を軽減するための処置は、患者が重要とする認識（重要度）および看護婦が実行していると認識（実行度）している項目の上位にある。

全ての項目で、患者の重要度は、看護婦の実行度よりも有意に高い傾向を示した。また、重要度と実行度の差の小さな項目は、調査項目の構成要素A. 安楽でない状態を軽減する処置に多く見られ、差の大きな項目はC. 成長を増強または刺激する処置に多く見られた。

各施設においても、患者が重要とする項目と実行度が高いと認識している項目は施設間で類似し、また重要度が実行度に比較し上位であることも同じ傾向であった。

キーワード：安楽、患者の認識、看護実践

Abstract

Kolcaba identified three levels of comfort that nursing practice could address. The first level was the reduction of discomfort. The second level was placing the person at ease and the third level was assisting the person to strengthen his or her own health status. The aim of this study was to compare what clients thought was most important to their comfort while they were in the hospital with how the same client's perceived nurses performance of those comforting actions.

Subjects were 1031 Japanese people who were hospitalized in eight different hospitals in five regions of Japan (Hokkaido, Kanto, Kansai, Kyusyu, and Tokyo). All agreed to answer the questionnaire.

In all but two areas, the degree of importance to the clients was significantly higher than what the clients perceived the nurse as providing. The smallest degree of difference between the estimate of importance and actual providing of care was at the level of reducing discomfort. The largest difference was in the area of strengthening or stimulating growth—the third level of comfort. There was no significant difference in the findings among the different hospitals.

Conclusions from this study indicate that it is important for nurses to recognize and provide care to clients in the areas that clients consider most important to their comfort, recognizing the priorities set by Maslow's Hierarchy of Needs.

Key Words : Comfort, Recognition of Clients, Nursing Practice

* 東京女子医科大学看護学部 (Tokyo Women's Medical University, School of Nursing)

** 東京女子医科大学病院 (Tokyo Women's Medical University Hospital)

はじめに

“安楽”は、患者の入院生活における重要な要素であり、看護実践における課題でもある。患者に効果的に安楽をもたらすための看護の研究の一環として、安楽をもたらす看護実践に関する患者の認識について、日米の比較をし、その共通性と独自性について東京女子医科大学看護学部紀要第1巻に報告した。

本研究では、さらに調査対象者を増し、北海道から九州に亘って、日本における安楽をもたらす看護実践に対する患者の認識とその特徴について明らかにすることを目的とする。

I. 対象

対象は、表1に示す北海道、関東、関西、四国、九州の8施設に入院中の1031名の患者である。施設は、大学病院4、総合病院3、成人病センター1の各地区におけるベット数500床以上の比較的大きな病院で、各施設の看護部長・総婦長の協力を得て実施した。対象者の選出は、病棟毎に、主として婦長・主任により行われた。対象者の条件は、設問に回答できる健康状態であり、また、入院生活を体験できていることとした。

表1 対象者

地区	施設	対象者
関東	A 大学病院	195人 (18.9%)
北海道	B 大学病院	180 (17.5)
四国	C 大学病院	99 (9.6)
関西	D 大学病院	97 (9.4)
関西	E 公立成人病センター	100 (9.7)
関東	F 公立総合病院	113 (11.0)
関東	G 公立総合病院	97 (9.4)
関西	H 私立総合病院	150 (14.5)
合計		1031 (100.0)

対象者の背景は表2に示すとおり、性別は、男性50.4%、女性46.8%の割合である。診療科別では、内科34.4%、その他33.1%、外科25.0%で内科が最も多く、職業は、有識者と無識者が約45%と同じ割合である。平均年齢は、53.67±15.3である。健康状態は、どんなことでも自由に行動できるを1とし、完全に身の回りのことができず、1日中寝ているか、椅子に座っているを5として

5段階で分類し、平均2.35±1.09である。療養状況は、入院からの日数をもって表しており、41.57±54.68とかなりの幅がある。家族の精神的支援は、とても良くしてくれるを1とし、ほとんど無いを5とした5段階に分類し、平均1.37±0.68である。

研究の倫理性については、全ての対象者から承諾を得、施設によっては、倫理委員会の承認を得て実施した。

表2 対象者の背景

性別	男性	519人 (50.4%)	
	女性	483 (46.8)	
	不明	29 (2.8)	
診療科	外科	258 (25.0)	
	内科	354 (34.4)	
	産科	32 (3.1)	
	神経精神科	2 (0.2)	
	その他	341 (33.1)	
職業	不明	44 (4.2)	
	有職	471 (45.6)	
	時々働く	46 (4.5)	
	無職	466 (45.2)	
	不明	48 (4.7)	
		平均値	標準偏差
年齢		53.67	15.30
健康の状態		2.35	1.09
療養状況		41.57	54.68
家族の精神的支援		1.37	0.68

II. 方法

調査は、質問紙によるアンケート調査とした。第1報では面接法で調査を行ったが、特に米国の場合は調査者の確保が難しく、日米比較を可能とする対象者の増加が困難であることが明確となったため、研究の継続に際して、1部郵送法によるアンケート調査方法に変更した。

調査項目は、ミドルテネシー州立看護学部で始められていた「安楽に関する効果測定」の調査研究に途中から合流する形で始められた第1報の項目に手を加えたものである。内容は、Kolcaba, K. Yの安楽の概念の3つの構成要素からなり¹⁾²⁾³⁾、表3に示す、A. 安楽でない状態を軽減するための処置—12項目、B. 安心や満足を提供する処置—21項目、C. 成長を増強または刺激する処置—12項目からなる。第1報の調査時に無回答の占める割合が多かった項目を削除し、日本語として解釈しにくかった項目について検討し訂正した。さらに、年齢、性

表3 「安楽」に関する調査項目（構成要素別）

<u>A. 安楽でない状態を軽減するための処置</u>	
Q 1.	看護婦は、夜間あなたが目を覚まさないように睡眠をとらせてくれた。
Q 2.	あなたの病室に入る人の人数を制限してくれた。
Q 3.	あなたの健康状態についての十分な情報を与えてくれた。
Q 4.	看護婦は、健康状態についての十分な情報を与えて、あなたが自分で決められるようにしてくれた。
Q 5.	看護婦は、心配や質問がないかをたずね、治療にそなえられるようにしてくれた。
Q 6.	あなたのからだがとてもつらい状態のときに、そばにいてくれた。
Q 7.	あなたが精神的にとてもつらい状態のときに、そばにいてくれた。
Q 8.	必要なとき、医師に知らせ、医師の注意を向けるようにしてくれた。
Q 9.	あなたのからだがつれたときに、きれいにしてくれた。
Q 10.	あなたが十分かつ適切な食事や飲物をとっていることを確認してくれた。
Q 11.	あなたの不平に対して、注意深く耳をかたむけてくれた。
Q 12.	あなたの質問に対して、正直に答え、安心させてくれた。
<u>B. 安心や満足を提供する処置</u>	
Q 13.	あなたの普段の行動や、興味があること、友人、家族などについての情報を看護婦は集めてくれた。
Q 14.	あなたのことを病院の職員がきづかってくれている、という気持ちにさせてくれた。
Q 15.	あなたの部屋の雰囲気をよくするために、私物（家族の写真など）を置くことを提案してくれた。
Q 16.	あなたが必要なときは、あなたのプライバシーを守ってくれた。
Q 17.	あなたの手の届くところに、食事、飲物、電話、ナースコール、テレビのリモコンなどを置いてくれた。
Q 18.	あなたの食事をできるだけ食欲がわくように工夫してくれた。
Q 19.	髪の手入れをしたり、手足の爪を切ってくれた。
Q 20.	感染している兆候が見られた場合、あなたや他の人々を守るために、予防衣、マスク、あるいは手袋を使ってくれた。
Q 21.	薬を時間通りに配ってくれた。
Q 22.	薬を配ったり、治療以外にも、あなたと一緒にいる時間を作ってくれた。
Q 23.	看護婦は、あなたに「信頼できる」と感じさせてくれた。
Q 24.	あなたの状態を適切に観察してくれた。
Q 25.	あなたが、看護婦から十分にケアされていると感じさせてくれた。
Q 26.	あなたの経過について、具体的に詳しい情報を提供してくれた。
Q 27.	看護婦は、はっきりと手短かにやさしいことばで理解できるように説明してくれた。
Q 28.	必要なときには、再度、説明してくれた。
Q 29.	あなたを敬う態度で接してくれた。
Q 30.	看護婦はあなたの気持ちをよくわかってくれた。
Q 31.	ある事柄について、なぜあなたに行われているのか説明してくれた。
Q 32.	あなたと死についての話し合いを持ってくれた。
Q 33.	あなたにとって興味がある話をするように励ましたり、話題を取り上げてくれた。
<u>C. 成長を増強または刺激する処置</u>	
Q 34.	あなたが定期的に健康診断を受けたり、外来通院をする必要性を説明してくれた。
Q 35.	あなたに楽しく適切な、気晴らしになる活動を与えてくれた。
Q 36.	あなたと家族に、あなたの状態、一般的な治療方法、経過と今後のみとおしについて教えてくれた。
Q 37.	あなたと家族に、あなたが療養する方法について教えてくれた。
Q 38.	あなたと家族が、あなたの療養について正しくできているか確認してくれた。
Q 39.	あなたが目標をきめられるように、励ましてくれた。
Q 40.	退院後の新しい生活になれるために、患者会・支援団体などを紹介してくれた。
Q 41.	療養生活上のあなたのよい点、悪い点について、あなたが気付けるように援助してくれた。
Q 42.	あなたの不安や、ストレスの原因をみつけてくれた。
Q 43.	あなたの考えや感情について、看護婦と話し合いができるようにすすめてくれた。
Q 44.	自尊心を取り戻せるように手助けしてくれた。
Q 45.	健康を増進するための新しい生活の仕方について、十分な情報を提供してくれた。

別、対象者の病名、健康状態、入院後の日数、診療科、職業の有無、婚姻状態、家族の支援状態を設問した。

回答は、安楽に関する内容が、対象者にとって、「大変重要である」を5として、「重要でない」を1とする5段階形式で、該当する数字に○をつけるものである。さらに、それらの各項目について看護婦が「十分に行っている」を5、「行っていない」を1として、5段階の区分で同様に記入するものである。

調査期間は、1999年5月から6月にかけて実施した。回収は、無記名にて封筒に入れ、提出する方法とし、回収率は93.7%であった。

統計処理は、統計解析ソフト、SPSSを用いた。

III. 結果

1. 患者の安楽に関する認識について

患者の安楽に関する認識については、患者が表3に示した項目に対してどの程度重要と認識しているか、看護婦がどの程度実行しているかの二つの側面から見た。

構成要素別に患者が重要としている程度（以下重要度と呼ぶ）と看護婦が実行していると患者が認識している程度（以下実行度と呼ぶ）は、「安楽」に関する調査項目の構成要素のAが他のB、Cに比較し、重要度、実行度ともに平均値が有意に高値であった。またA、B、Cのいずれの構成要素の項目とも重要度が実行度に比較し有意に高値であった（表4）。

表4 構成要素別重要度・実行度の比較

構成要素	a重要度		b実行度		t値
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
A安楽でない状態を軽減するための処置	4.37	0.45	4.07	0.60	12.17
B安心や満足を提供する処置	3.91	0.67	3.57	0.72	14.52
C成長を増進または刺激する処置	3.68	0.93	3.05	1.02	26.66
合計	3.92	0.68	3.51	0.74	13.09

n=1031
***p<0.001

表5 構成要素別重要度・実行度の上位5項目

区分	A要素				B要素				C要素			
	項目	平均値	標準偏差	項目	平均値	標準偏差	項目	平均値	標準偏差	項目	平均値	標準偏差
重要度	1	Q 8	4.71	0.56	Q24	4.57	0.65	Q37	4.40	0.82		
	2	Q 5	4.66	0.57	Q23	4.56	0.66	Q36	4.38	0.84		
	3	Q 3	4.60	0.65	Q25	4.48	0.69	Q38	4.19	0.90		
	4	Q12	4.51	0.68	Q20	4.47	0.83	Q34	4.17	0.97		
	5	Q 4	4.47	0.71	Q21	4.42	0.80	Q39	4.11	0.96		
実行度	1	Q 8	4.35	0.74	Q24	4.19	0.82	Q37	3.63	1.19		
	2	Q 5	4.32	0.80	Q23	4.17	0.84	Q36	3.62	1.18		
	3	Q 1	4.23	0.77	Q25	4.15	0.82	Q39	3.60	1.13		
	4	Q12	4.22	0.78	Q21	4.15	0.95	Q38	3.50	1.16		
	5	Q10	4.22	0.82	Q17	4.11	0.91	Q34	3.50	1.22		

構成要素別調査項目の重要度・実行度については、AではQ8、Q5、Q12の各項目が重要度、実行度ともに上位を示した。Bでは、重要度、実行度ともにQ24、Q23、Q25、Q21の4項目が上位であった。Cは、重要度と実行度ともにQ37、Q36、Q38、Q34、Q39の5項目が上位であった（表5）。

さらに、重要度・実行度の上位10項目については、重要度では1位にQ8、次いでQ5、Q3、Q24、Q23の項目順があり、実行度では、1位にQ8、次いでQ5、Q1、Q12、Q10の項目の順となっており、上位10位までは、構成要素の調査項目A、Bの範疇にある項目であった（表6）。

重要度と実行度の差の小さい項目および大きい項目の上位10項目は表7に示した。最も差の小さい項目はQ29を1位にして、Q2、Q13、Q10、Q17の順である。いずれも構成要素の調査項目A、Bの範疇であった。差の大きい項目は、大きい順にQ32、Q37、Q36、Q45、Q40の順であり、主にCの構成要素の範疇であった。

表6 重要度・実行度の上位10項目

重要度上位10項目				実行度上位10項目			
順位	項目	平均値	標準偏差	順位	項目	平均値	標準偏差
1	Q 8	4.71	0.56	1	Q 8	4.35	0.74
2	Q 5	4.66	0.57	2	Q 5	4.32	0.80
3	Q 3	4.60	0.65	3	Q 1	4.23	0.77
4	Q24	4.57	0.65	4	Q12	4.22	0.78
5	Q23	4.56	0.66	5	Q10	4.22	0.82
6	Q12	4.51	0.68	6	Q 9	4.20	0.89
7	Q25	4.48	0.69	7	Q24	4.19	0.82
8	Q 4	4.47	0.71	8	Q23	4.17	0.84
9	Q20	4.47	0.83	9	Q25	4.15	0.82
10	Q 9	4.42	0.74	10	Q21	4.15	0.95

表7 重要度・実行度の差の小さな項目・大きな項目の各上位10項目

差の小さい項目				差の大きい項目			
順位	項目	平均値	標準偏差	項目	平均値	標準偏差	
1	Q29	0.03	0.83	Q32	0.86	1.35	
2	Q 2	0.07	1.18	Q37	0.77	1.14	
3	Q13	0.09	0.85	Q36	0.76	1.14	
4	Q10	0.11	0.81	Q45	0.74	1.15	
5	Q17	0.15	0.84	Q40	0.71	1.27	
6	Q14	0.17	0.81	Q38	0.68	1.09	
7	Q11	0.19	0.87	Q42	0.67	1.12	
8	Q15	0.20	0.99	Q18	0.67	1.14	
9	Q 1	0.23	0.87	Q34	0.65	1.14	
10	Q22	0.25	0.97	Q26	0.62	0.99	

2. 各施設における患者の安楽に関する認識について

各施設の安楽に関して、患者が認識する重要度と実行度の比較を表8に示した。各施設とも患者が、看護婦は

表8 各施設の重要度および実行度の比較

施設	a 平均値標準偏差		t 値
	平均値	標準偏差	
A 大学病院	3.97	0.64	7.34 ***
	3.47	0.70	
B 大学病院	3.96	0.74	5.92 ***
	3.54	0.81	
C 大学病院	4.01	0.66	4.07 ***
	3.62	0.78	
D 大学病院	3.87	0.68	5.37 ***
	3.35	0.69	
E 公立成人病院	4.03	0.51	5.04 ***
	3.55	0.69	
F 公立総合病院	3.77	0.76	2.90 **
	3.51	0.77	
G 公立総合病院	3.81	0.70	3.20 ***
	3.50	0.69	
H 私立総合病院	3.89	0.70	4.25 ***
	3.56	0.71	
合計	3.92	0.68	13.87 ***
	3.51	0.74	

a 重要度 b 実行度

*** p < 0.001

表9 各施設・構成要素間の重要度と実行度の差の比較

	平方和	平均平方	F 値
A要素 施設間	3.71	0.53	1.69
施設内	277.99	0.31	
B要素 施設間	3.16	0.45	1.26
施設内	273.78	0.35	
C要素 施設間	10.08	1.44	2.04
施設内	565.43	0.71	

表10 各施設間の重要度と実行度の差の小さな項目・大きい項目の上位10項目

差の小さい項目					差の大きい項目					
順位			平方和	平均平方	F 値			平方和	平均平方	F 値
1	Q 2 9	施設間	1.40	0.20	0.29	Q 9	施設間	19.52	2.78	4.15 ***
		施設内	675.90	0.68			施設内	655.30	0.67	
2	Q 1 4	施設間	2.10	0.31	0.46	Q 3 7	施設間	29.44	4.19	3.29 **
		施設内	659.60	0.67			施設内	1213.31	1.28	
3	Q 1	施設間	3.60	0.52	0.69	Q 2 3	施設間	13.11	1.87	3.14 **
		施設内	766.90	0.76			施設内	594.90	0.60	
4	Q 4 4	施設間	2.90	0.42	0.40	Q 1 8	施設間	27.23	3.88	3.03 **
		施設内	926.11	1.04			施設内	1257.71	1.28	
5	Q 3 5	施設間	5.10	0.72	0.68	Q 4	施設間	13.51	1.93	2.67 **
		施設内	1001.41	1.06			施設内	722.00	0.72	
6	Q 2 2	施設間	6.00	0.86	0.91	Q 3	施設間	13.21	1.89	2.66 **
		施設内	903.00	0.94			施設内	715.90	0.71	
7	Q 3 4	施設間	8.81	1.26	0.97	Q 1 9	施設間	17.72	2.52	2.58 **
		施設内	1202.21	1.31			施設内	932.00	0.98	
8	Q 3 3	施設間	6.30	0.90	0.98	Q 3 8	施設間	20.93	3.00	2.58 **
		施設内	865.40	0.91			施設内	1089.01	1.17	
9	Q 4 3	施設間	8.11	1.15	1.04	Q 2 6	施設間	17.52	2.50	2.57 **
		施設内	1003.11	1.11			施設内	959.40	0.97	
10	Q 1 3	施設間	5.70	0.81	1.13	Q 4 2	施設間	22.43	3.20	2.57 **
		施設内	690.70	0.72			施設内	1130.51	1.25	

** p < 0.01 *** p < 0.001

実行していると認識している実行度に比べ重要と認識している度合いの方が有意に高値であった。

また、調査項目の構成要素の差の比較においては、3つの構成要素ともに施設間での有意差はなかった(表9)。

表10は重要度と実行度の差についての施設間における比較である。差の小さな項目と大きな項目の上位10項目については、差の小さな項目中Q33、Q34、Q35、Q43、Q44はC構成要素の項目であり、表7で示した全体から見た場合の差の小さな項目には含まれていない。また、Q1は表6の重要度・実行度の上位10項目中の実行度の上位に認められる。重要度と実行度の差が施設間で大きい項目は、表10に示した。Q3、Q4、Q9、Q19、Q23は、表7の全体の差の大きい項目中には見られなかった。また、Q3、Q4、Q9、Q23の4項目は、表6の重要度・実行度の上位10項目中に見られる。いずれも構成要素のA、Bの要素であり、これらは施設間で有意差を認めた。

IV. 考 察

安楽をもたらす看護実践について、患者がA、B、Cの項目に対してどの程度重要と認識しているか、またそれらを患者は、看護婦がどの程度実行していると認識しているか、さらにそれらの項目間の特徴は認められるかを検討した。

患者が重要とする内容は、A. 安楽でない状態を軽減するための処置とB. 安心や満足を提供する処置、C. 成長を増強または刺激する処置の中でA安楽でない状態を軽減するための処置を最も重要としていることが確認された。同時に、看護婦が実行しているとすると内容も同様の傾向が認められ、患者の関心も看護婦の関心もこの安楽でない状態を軽減するための処置に向けられていると考えられる。

患者が重要としている上位10項目においても、構成要素のA. 安楽でない状態を軽減するための処置とB. 安心や満足を提供する処置の項目でしめられており、また、10項目中重要度と実行度に共通して見られる項目は、Q8の「必要なとき、医師に知らせて、医師の注意を向けるようにしてくれた」、Q5の「看護婦は、心配や質問がないかをたずね、治療にそなえられるようにしてくれた」、Q9の「あなたのからだ汚れたときに、きれいにしてくれた」、Q12の「あなたの質問に対して、正直に答え、安心させてくれた」、Q23の「看護婦は、あなたに「信頼できる」と感じさせてくれた」、Q24の「あなたの状態を適切に観察してくれた」、Q25の「あなたが、看護婦か

ら十分にケアされていると感じさせてくれた」の7項目があがっている。

これらのことから、患者の安楽への看護実践において、看護婦自身の認識は確認できないが、患者が重要としている内容と看護婦が実行していると患者が認識している内容との両者の認識が類似していると推測できる。すなわち、安楽でない状態は、積極的に取り除くことが期待され看護婦もそのように行動していると認識されていることが明らかとなった。構成要素のC. 成長を増強または刺激する内容への認識は低いといえる。

また、患者が重要と認識している重要度とそれを看護婦が実行していると患者が認識している実行度では、全ての項目において重要度が実行度に比較し高値を示した。安楽に関する期待は、看護実践に対する認識をうわまわっているといえよう。さらに、患者が認識する重要度と患者が認識する看護婦の実行度の差の小さい項目の上位10項目の全てがAおよびBの構成要素からなる。項目中Q1の「看護婦は、夜間あなたが目を覚まさないように睡眠をとらせてくれた」、Q10の「あなたが十分かつ適切な食事や飲物をとっていることを確認してくれた」の2項目は実行度上位の項目であり、患者にとっても看護婦にとっても重要なことに位置付けられると推測できる。特に看護婦が重要として実行している基本的欲求への実施結果として患者に認識されたと考えられる。

差の大きい項目では上位7位までをCの構成要素がしめる。成長を増強または刺激する処置は、患者が重要と認識する程度と看護婦が実行していると認識している程度が全体的に低い項目であるが、その差は、患者が重要と考える以上に大きいといえる。この点については、患者の健康状態、年齢等に左右される問題なのか、患者の背景に照らした分析がさらに必要と考える。

また、これらの項目は、標準偏差値の広がりからみて、個人のバラツキが大きいことも推測され、ここへの対応の必要性が示唆される。

各施設における患者の安楽に関する認識については、患者が認識する重要度は実行度に比較し有意に高値であり、全体の傾向と類似する。

各施設の特徴は、実行度の差の小さな項目と大きな項目の上位10項目を通してみられる。差の小さな項目では、Q1の「看護婦は、夜間あなたが目を覚まさないように睡眠をとらせてくれた」、Q14の「あなたのことを病院の職員がきづかってきている、という気持ちにさせてくれた」、Q13の「あなたの普段の行動や、興味があること、友人、家族などについての情報を看護婦は集めてく

れた」、Q22の「薬を配ったり、治療以外にも、あなたと一緒にいる時間を作ってくれた」、Q29の「あなたを敬う態度で接してくれた」の5項目は、個人を対象とした全体の差の少ない場合にも認められた項目である。また、Q1は表6の実行度の高い項目に含まれており、個人においても施設間においても重要度、実行度の高い項目といえる。Q33の「あなたにとって興味がある話をするように励ましたり、話題を取り上げてくれた」、Q34の「あなたが定期的に健康診断を受けたり、外来通院をする必要性を説明してくれた」、Q35の「あなたに楽しく適切な、気晴らしになる活動を与えてくれた」、Q43の「あなたの考えや感情について、看護婦と話し合いができるように進めてくれた」、Q44の「自尊心を取り戻せるように手助けしてくれた」の5項目は、主に構成要素のCの項目で重要度と実行度ともに低い範疇にあり、8施設においても同じく低い傾向にあると考えられる。この点については、各施設の対象者の特徴に関連させ今後検討する必要がある。

差が大きい項目は、施設内における平均平方値よりも施設間の平均平方値が有意に大きい。個人を対象にした重要度・実行度の10位以内の項目であるが、施設間では差が大きいという特徴がみられたのは、Q3の「あなたの健康状態についての十分な情報を与えてくれた」、Q4の「看護婦は健康状態についての十分な情報を与えて、あなたが自分で決められるようにしてくれた」、Q9の「あなたがからだが汚れたときに、きれいにしてくれた」、Q23の「看護婦はあなたに「信頼できる」と感じさせてくれた」の4項目である。他の項目ではQ18の「あなたの食事をできるだけ食欲がわくように工夫してくれた」、Q19の「髪の手入れをしたり、手足の爪を切ってくれた」、Q26の「あなたの経過について、具体的に詳しい情報を提供してくれた」、Q38の「あなたとあなたの家族に、あなたが療養する方法について教えてくれた」、Q38の「あなたと家族が、あなたの療養について正しくできているか確認してくれた」、Q42の「あなたの不安や、ストレスの原因をみつけてくれた」の6項目が、個人を対象にしたときにも実行度が有意に低く差の大きい項目であり、施設間で差の大きい項目としてあげられる。

患者および看護婦にとっても最も重要とする「安楽」は、KOLCABAの定義によると“安楽な状態、苦痛が取り除かれた状態、全てが整えられ、安楽とか苦痛を越えた人間の基本的ニーズが充足している経験”である⁴⁾⁵⁾。看護においては、普通はあまり定義されずに使われており、ときには看護と同一視される概念でもある¹⁾²⁾。“安

楽”が定義されにくいのは、概念の中に多くの要素が含まれ多義にわたるためと言われる。言い換えれば、それ程多義にわたる内容が含まれる重要な看護の要素ともいえる³⁾。この研究結果から、患者が重要としている項目の上位と患者が認識している看護婦の実行度の上位の項目は、マズローの言う基本的欲求で説明される内容であり、患者の安楽のための看護実践にこれらがいかに重要かが確認された。

V. 結 論

安楽をもたらす看護実践に関する患者の認識について、患者が重要としていることと看護婦が実行していることと患者が認識していることを比較検討した。

北海道、関東、関西、四国、九州地区の8施設において入院中の患者1031名を対象に、1999年6月から7月にかけて実施した。

KOLCABAの構成要素のA安楽でない状態を軽減するための処置は、患者が重要とする認識（重要度）および看護婦が実行していると認識（実行度）している項目の上位にある。これらの内容には、人間の基本的欲求に関する項目が多く含まれ、患者のニーズが高く、看護実践においても優先的に実行される内容といえる。

全ての項目において、患者の重要度は、看護婦の実行度より有意に高い傾向を示した。また、重要度と実行度の差の小さな項目は、調査項目の構成要素A、安楽でない状態を軽減する処置とB、安心や満足を提供する処置に多く見られ、差の大きな項目はC、成長を増強または刺激する処置に多く見られた。

各施設においても、患者が重要とする項目と実行度が高いと認識している項目は施設間で類似している。また重要度が実行度に比較し上位であることも同じ傾向である。重要度と実行度の差の小さな項目は、調査項目の構成要素AとBに含まれる項目で個人を対象とした差の少ない項目と同じ傾向であった。また構成要素Cの項目は、共通に低い傾向が認められた。

さらに、研究結果から、患者が重要としている項目の上位と看護婦の実行度の上位の項目は、マズローの言う基本的欲求で説明される内容であり、患者の安楽のための看護実践にこれらがいかに重要かが確認された。

謝 辞

本研究にあたり、調査にご協力頂きました患者様、確施設の看護部長・総婦長、スタッフの皆様から感謝

申し上げます。

尚、本研究は、文部省科学研究費の助成を受けて実施した。

<引用文献>

- 1) 尾岸恵三子, 寺町優子, 佐藤紀子他: 安楽をもたらす看護実践に対する患者の認識—日米比較、第1報—東京女子医科大学看護学部紀要, 第1巻, 46-56, 1998.
- 2) 金井一薫: 患者にとって「安楽」とは, その本質と概

念, 総合看護, 31巻, 17-28, 1996.

- 3) 安酸史子, 伊藤景一, 澤田和美他訳: 安楽へのアプローチ (1)、痛みの臨床ケア, 1-37, 1993.
- 4) Katharine Y. Kolcaba: A Taxonomiv Strure for the Concept Comfort, 23 (4), Winter 1991.
- 5) Katharine Y. Kolcaba: A Theory of Holistic Comfort for Nursing, Accepted for publication 27 October 1993.