

## 精神障害患者のセルフケア領域の問題に対する 看護診断と診断指標に関する研究

神郡 博, 田中いずみ

富山医科薬科大学医学部看護学科

### 要 約

本研究では, Fehring のモデルを使って, 精神障害者の食事, 排泄, 洗面, 入浴のセルフケア領域の能力低下に対する診断指標の適否について検討した. この検討では, 全国の精神病院あるいは総合病院の精神科病棟で働いている看護者245名から集められた記述項目を用い, それらを Fehring の DCV 法によって検討し, それを更に CDV 法によって検討する方法を用いた. その結果次の点が妥当なものとして確認された.

- 1) 食事では, 「食事をこぼしたり, 落ち着いて食べられない」「箸やコップの管理ができない」「後始末ができない」の3項目
- 2) 排泄では, 「自分でできるが後始末できない」「衣類を汚す」「失禁をする」「不潔行為をする, トイレを汚す」「便通に関心がない」の5項目
- 3) 洗面では, 「洗面しようとしなない」「きちんと洗面できない, 洗い方が雑」「洗面したりしなかったりする」「一人で洗面できない」の4項目
- 4) 入浴では, 「自分で入るがよく身体を洗わない」「入浴後着替えない」「スムーズに入浴できない」の3項目

これらは, 抑うつ, 不安, 感覚・知覚, 認知領域の障害をもつ精神障害患者のセルフケア領域の診断指標を表すもので, NANDA そのものよりは, むしろ, Townsend や Carpenito, NANDA が1994年に承認したアメリカ看護協会精神保健グループの診断指標に近い.

### キーワード

セルフケア能力の低下, 看護診断, Fehring モデル, 診断指標

### はじめに

看護診断とは, 看護過程の一部をなす重要な要素で, 実際の健康問題または潜在的な健康問題に対する個人, 家族, 地域社会の反応についての臨床的な判断と定義されている<sup>1)</sup>.

しかし, 実際の健康問題または潜在的な健康問題に対する反応には, それぞれの国や地域の社会的文化的要素が様々な形で反映している. このため, 看護診断の過程には, これらの健康問題に対する反応をどう判断するかという問題と同時に,

それにどんな看護診断用語を適用するかという重要な課題が含まれている.

NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) は人間の反応を9つのカテゴリーにわけて, 共通して使える看護診断用語を開発する作業の過程で, 既にこの点に気付き, 看護診断用語の使用と合わせてその妥当性の検討を勧めてきた.

NANDAのこうした意図の背景には, NANDAが開発した看護診断用語を精選して世界の看護に共通して使用できる用語に発展させたいという期

待がこめられている<sup>2)</sup>。

本研究では、こうした観点から、精神障害患者にみられるセルフケア領域の看護問題に焦点をあて、食事、排泄、洗面、入浴に関する問題を中心に、患者のもつ看護問題の特徴と診断指標との関係、及び診断用語適用の妥当性について検討した。

### 研究の対象及び方法

#### 1. 対象

本研究では入院中の精神障害患者にみられる食事、排泄、洗面、入浴のセルフケア領域の問題を対象とし、それらを実際に働いている全国の看護者の観察を通して抽出した。患者の問題の見方には看護者の臨床経験が影響することを考慮して、観察者として、本研究の趣旨に賛同の得られた精神科看護経験1-3年45名、4-5年42名、6-10年49名、11年以上109名の245名が選ばれた。抽出の方法は、看護者が看護の過程で実際に観察したもの、あるいは経験したものに限り、それを「一人で洗面できない」「一人で食べられない」等具体的に記述して表現する方式を取った。

研究の対象になった記載例は、食事に関するもの587、排泄に関するもの281、洗面に関するもの309、入浴に関するもの360の1537例であった。さらに、この疾病別内訳は、精神分裂病患者に関するもの195、躁うつ病患者に関するもの223、神経症患者に関するもの88、摂食障害患者に関するもの184、登校拒否患者に関するもの36、てんかん患者に関するもの116、老人精神障害患者に関するもの329、器質性精神障害患者に関するもの125、アルコール依存患者に関するもの64、精神遅滞患者に関するもの177であった。

#### 2. 方法

これらの記載例をカテゴリー別内容別に分類集約し、それらをさらに100名の看護者に依頼し、Fehringの診断内容妥当性モデル(DCV法)によって診断指標としての妥当性を検討した。この結果を次に実際の事例に適用して、Fehringの臨床診断妥当性モデル(CDV法)による信頼比を求め、この二つを合わせて診断指標としての適否を検討した。

DCV法の検討は、アメリカでは看護の大学を

卒業したその領域の熟達者が当たるのが通例になっているが、本研究では我が国の看護の実情を考え、Snyder<sup>3)</sup>の示唆に基づいて精神科看護経験5年以上の看護者100名に依頼し、77名(5-7年16名、8-10年8名、11年以上53名)から回答を得た。

CDV法では、T大学、G大学付属病院及びA病院精神科病棟に入院中のそれぞれ食事、排泄、洗面、入浴のセルフケア領域に障害があると考えられる患者10名を対象に、いずれも精神科看護経験10年以上の熟達した看護者2人が相前後して観察し、その結果を検討した。

検討の方法は、最初に食事、排泄、洗面、入浴のそれぞれのセルフケア領域の障害(能力低下)に関する記述項目について、それぞれの看護者が診断指標としてどの程度関連していると思ったかを、1=全く関連がない、2=ほとんど関連がない、3=少し関連がある、4=かなり関連がある、5=非常に関連がある、の基準に従ってマークし、それらに1=0.00、2=0.25、3=0.50、4=0.75、5=1.00の秤量値を付加して0.51-0.79を小項目、0.80以上を大項目とする。次にこれらの指標を食事、排泄、洗面、入浴のセルフケア領域のいずれかに障害があると考えられる実際の患者に適用して、二人の熟達した看護者が観察し、その結果を図1に示す数式に当てはめて評価者間信頼比を求め、診断指標としての妥当性を決めるものである。

$$R = \frac{A}{A+D} \times \left( \frac{F_1}{N} + \frac{F_2}{N} \right) \times \frac{1}{2}$$

R=評価者間信頼比

A=一致ノ数

D=不一致ノ数

F<sub>1</sub>=最初ノ評価者ガ観察シタ特徴ノ数

F<sub>2</sub>=二番目ノ評価者ガ観察シタ特徴ノ数

N=観察サレタ対象ノ数

図1 評価者間信頼比算出式

## 結果

### 1. 看護診断指標の基礎となる特徴の観察結果

全国の245名の看護者が実際に患者を観察して得られた食事、排泄、洗面、入浴のセルフケア領域の問題の特徴はそれぞれ22項目、12項目、9項目、10項目で、その内容は表1、2、3、4に示す通りであった。

表1 観察されたセルフケア（食事）領域の特徴から取り出された記述項目

- |                          |
|--------------------------|
| 1. 食事をこぼしたり、落ち着いて食べられない  |
| 2. 食事を食べようとしていない         |
| 3. 調味料を使いすぎる             |
| 4. 間食が多い                 |
| 5. 噛まないで食べる、誤嚥する         |
| 6. 偏食、むらがある              |
| 7. 異食行為がある               |
| 8. 食事を楽しんで食べられない、機械的に食べる |
| 9. 多飲、多食する               |
| 10. 盗食                   |
| 11. 座る位置が決まっていますトラブルを起こす |
| 12. 食事に時間がかかる            |
| 13. 嚥下が上手くできない           |
| 14. 箸やコップの管理ができない        |
| 15. あるだけ食べてしまう、抑制できない    |
| 16. 介助されるのを嫌う            |
| 17. 後始末ができない             |
| 18. 儀式的行為をする             |
| 19. 制限食の意味が分からない         |
| 20. 隠れ食い                 |
| 21. 無理に嘔吐する              |
| 22. 残飯漁り                 |

表2 観察されたセルフケア（排泄）領域の特徴から取り出された記述項目

- |                    |
|--------------------|
| 1. 自分でできるが後始末できない  |
| 2. 衣類を汚す           |
| 3. 失禁する            |
| 4. 不潔行為をする、トイレを汚す  |
| 5. 介助しないと落ち着いてできない |
| 6. 放尿、排便をする        |
| 7. 生理の手当ができない      |
| 8. 便通に関心がない、分からない  |
| 9. 弄便、弄尿           |
| 10. パンツを便器に結める     |
| 11. トイレトペーパーを多量に使う |
| 12. 儀式的行為をする       |

表3 観察されたセルフケア（洗面）領域の特徴から取り出された記述項目

- |                          |
|--------------------------|
| 1. 気が散れてよく洗面できない         |
| 2. 洗面しようとしていない           |
| 3. 洗面用具を散らかして片付けようとしていない |
| 4. きちんと洗面できない、洗い方が雑      |
| 5. 頻回に手を洗う               |
| 6. 洗面がスムーズにできない          |
| 7. 洗面したり、しなかつたりする        |
| 8. 一人で洗面できない             |
| 9. 儀式的行為をする              |

表4 観察されたセルフケア（入浴）領域の特徴から取り出された記述項目

- |                    |
|--------------------|
| 1. 自分で入るがよく身体を洗わない |
| 2. 風呂に入らない、入浴を嫌がる  |
| 3. 入浴後着替えない        |
| 4. 洗髪を何回も繰り返す      |
| 5. 入浴に時間がかかる       |
| 6. スムースに入浴できない     |
| 7. 気まま、不規則         |
| 8. 介助を嫌がる、怒る、苛立つ   |
| 9. 儀式的行為をする        |
| 10. 身体を頻回に洗う       |

即ち、食事では「食事をこぼしたり、落ち着いて食べられない」「噛まないで食べる、誤嚥する」等のマナーや食べ方に関するもの、排泄では「自分でできるが、後始末ができない」「衣類を汚す」「放尿、排便」等排泄習慣や行動に関するもの、洗面、入浴では「一人で洗面できない」「洗面しようとしていない」「風呂に入りたがらない、入浴を嫌がる」「入浴後着替えない」等清潔に対する行為や関心に関するものが大部分を占めていた。

### 2. Fehring モデルによる検討の結果

これらを食事、排泄、洗面、入浴のセルフケア領域の診断指標記述項目の候補として、前述した100名の看護者に依頼し、Fehring の DCV 法によってチェックしてもらったところ、表5、6、7、8のような結果を得た。即ち食事では「食事をこぼしたり、落ち着いて食べられない」等の10項目に、排泄では「自分でできるが後始末できない」等の9項目に、洗面では「洗面しようとしな

表5 FehringのDCV法によって選ばれたセルフケア(食事)領域の診断指標

診断指標	平均秤量値
1. 食事をこぼしたり、落ち着いて食べられなし	0.56
2. 食事を食べようとしない、拒食	0.52
3. 増まないで食べる、誤嚥する	0.56
4. 異食行為がある	0.52
5. 多飲、多食する	0.60
6. 嚥下が上手くできない	0.56
7. 箸やコップの管理ができない	0.62
8. あるだけ食べてしまう、抑制できない	0.58
9. 後始末ができない	0.55
10. 残飯漁り	0.58

平均秤量値: 表1, 2, 3, 4のセルフケア領域の問題の特徴を診断指標候補記述項目として関連があるかどうかを1=全く関連がない, 2=ほとんど関連がない, 3=少し関連がある, 4=かなり関連がある, 5=非常に関連があるの尺度で答えてもらい, その結果に1=0.00, 2=0.25, 3=0.50, 4=0.75, 5=1.00の重みを付加して平均したもの. この結果は0.51~0.79=小項目, 0.80以上を大項目と判定される.

表6 FehringのDCV法によって選ばれたセルフケア(排泄)領域の診断指標

診断指標	平均秤量値
1. 自分でできるが後始末できない	0.69
2. 衣類を汚す	0.67
3. 失禁する	0.64
4. 不潔行為をする、トイレを汚す	0.65
5. 介助しないと落ち着いてできない	0.63
6. 放尿、排便をする	0.67
7. 生理の手当ができない	0.69
8. 便通に関心がない、分からない	0.58
9. 弄便、弄尿	0.58

表7 FehringのDCV法によって選ばれたセルフケア(洗面)領域の診断指標

診断指標	平均秤量値
1. 気が散れてよく洗面できない	0.59
2. 洗面しようとしていない	0.66
3. 洗面用具を散らかして片付けようとしない	0.57
4. きちんと洗面できない、洗いが雑	0.59
5. 洗面がスムーズにできない	0.61
6. 洗面したり、しなかつたりする	0.61
7. 一人で洗面できない	0.72

表8 FehringのDCV法によって選ばれたセルフケア(入浴)領域の診断指標

診断指標	平均秤量値
1. 自分で入るがよく身体を洗わない	0.66
2. 風呂に入らない、入浴を嫌がる	0.64
3. 入浴後着替えない	0.63
4. 洗髪を何回も繰り返す	0.54
5. 入浴に時間がかかる	0.51
6. スムースに入浴できない	0.57
7. 気まま、不規則	0.52
8. 身体を頻回に洗う	0.53

い」等の7項目に、入浴では「自分で入るが身体をよく洗わない」などの8項目が妥当なものとして残された。

これをさらに Fehring の CDV 法に従って、食事、排泄、洗面、入浴のセルフケア領域の問題があると考えられる実際の患者に当てはめて検討したところ、表9のような結果を得た。即ち、食事では「食事をこぼしたり、落ち着いて食べられない」「箸やコップの管理ができない」「後始末が

表9 FehringのCDV法によって選ばれたセルフケア領域の診断指標

診断指標	信頼比	平均秤量値
<b>食事</b>		
1. 食事をこぼしたり、落ち着いて食べられない	0.68	0.56
2. 箸やコップの管理ができない	0.47	0.62
3. 後始末ができない	0.71	0.55
<b>排泄</b>		
1. 自分でできるが後始末できない	0.60	0.69
2. 衣類を汚す	1.00	0.67
3. 失禁する	0.74	0.64
4. 不潔行為をする、トイレを汚す	0.64	0.65
5. 便通に関心がない、分からない	0.78	0.58
<b>洗面</b>		
1. 洗面しようとしていない	0.73	0.66
2. きちんと洗面できない、洗いが雑	0.70	0.59
3. 洗面したり、しなかつたりする	0.48	0.61
4. 一人で洗面できない	0.49	0.72
<b>入浴</b>		
1. 自分で入るがよく身体を洗わない	0.38	0.66
2. 入浴後着替えない	0.77	0.63
3. スムースに入浴できない	0.52	0.57

信頼比: 表5, 6, 7, 8の診断指標をセルフケア(食事、排泄、洗面、入浴)領域の能力に問題があると考えられる患者に適用し、2人の熟達看護者が時を同じくして観察し一致した度合いを図1.  $R=1/2(A/A+D)(F_1/N+F_2/N)$ によって算出したもの. 結果は平均秤量値との平均で0.51以上を有意と考える.

できない」の3項目が、排泄では「自分でできるが後始末できない」「衣類を汚す」「失禁をする」「不潔行為をする、トイレを汚す」「便通に関心がない」の5項目が、洗面では「洗面しようとしなない」「きちんと洗面できない、洗いが雑」「洗面したりしなかつたりする」「一人で洗面できない」の4項目が、入浴では「自分で入るがよく身体を洗わない」「入浴後着替えない」「スムーズに入浴できない」の3項目が、残された。そして、これらは、いずれも Fehring の基準による小項目に合致していた。

### 考 察

NANDA<sup>4)</sup>は、セルフケア能力の低下の診断指標として、食事では「食事を口に運べない」を、排泄では「トイレや室内便器に行けない」「トイレに座ったり、立ったりできない」「排泄のために衣服を調節できない」「トイレを流したり、清潔を保ったりできない」を、入浴では「身体を洗えない」「水をだしたり貯めたりできない」「温度や流水を調節できない」をあげている。

Townsend<sup>5)</sup>は、この他に「身体を洗うのを拒む」「一人でトイレの操作ができない」「規則的に入浴しない」をあげている。また Carpenito<sup>6)</sup>は、「トイレに行こうとしなない」「清潔を保とうとしなない」「入浴後着替えない」を加えている。

これと本研究で取り出した診断指標を比較してみると、我々の診断指標は NANDA そのものの診断指標よりは、むしろ、Townsend や Carpenito が追加した診断指標に近い。これは、NANDA の看護診断が人間の全ての反応をカバーすることを前提に考えられているため、その診断指標には、活動や運動、疼痛や安楽、知覚や認知、筋や骨格、抑うつや不安等の様々な障害を背景にして起こるセルフケア能力の低下が全て包含されるように作られているためである。そして、これらが観察可能なものとして取り出せる指標として表現されているためである。

これに対して、我々が取り出した診断指標は、精神障害者を対象に観察したため、「食事をこぼしたり、落ち着いて食べられない」「箸やコップの管理ができない」「後始末ができない」「衣類を

汚す」「トイレを汚す」「洗面しようとしなない」等その背景に抑うつ、不安、感覚・知覚、あるいは認知領域の障害等、精神の働きに広くみられる関連因子が強く働いているためである。

もともと、NANDA が開発した看護診断は、その開発の過程で検討委員の投票によって採択されたもので、用語自体の抽象性や看護活動を全て包括するには無理があるという批判もあった<sup>7)</sup>。このため、NANDA では、この弊害を取りのぞき、実際の看護場面で十分に活用できる用語の開発に取り組み、2年毎にその修正や新しい用語の拡充に努めている。こうした意図から NANDA は、自らの委員会での検討の他に、個人や看護の専門団体からの提言を広く受け入れ、それらを看護診断用語の改善に反映させている<sup>8)</sup>。この最も最近のものとして、アメリカ看護協会の精神保健グループから受け入れた一連の新しい用語がある。その中には、セルフケア領域のものとして摂食の変調として、むちゃ食い症候群、栄養と関係のない摂食、異食症、異状な摂食、拒食、反芻が新しく加えられている<sup>9)</sup>。

これらの動きと、精神障害者のセルフケア能力の低下が身体機能の変調よりはむしろ、感情や情動、思考や認知等の精神機能の変調と密接に関係していることを考えれば、我々のこの診断指標は精神障害者にみられるセルフケア能力の低下の特徴をよく表しているといえる。

### まとめ

Fehrig のモデルを使って食事、排泄、洗面、入浴のセルフケア領域の能力の低下に対する診断指標の適否について検討した。その結果、次の点が多様なものとして確認された。

- 1) 食事では、「食事をこぼしたり、落ち着いて食べられない」「箸やコップの管理ができない」「後始末ができない」の3項目
- 2) 排泄では、「自分でできるが後始末できない」「衣類を汚す」「失禁をする」「不潔行為をする、トイレを汚す」「便通に関心がない」の5項目
- 3) 洗面では、「洗面しようとしなない」「きちんと洗面できない、洗いが雑」「洗面した

りしなかつたりする」「一人で洗面できない」の4項目

- 4) 入浴では、「自分で入るがよく身体を洗わない」「入浴後着替えない」「スムーズに入浴できない」の3項目

これらは、抑うつ、不安、感覚・知覚、認知領域の障害を背景にもつ精神障害患者のセルフケア領域の診断指標を表すもので、NANDA そのものよりは、むしろ、Townsend や Carpenito, NANDA が1994年に承認したアリカ看護協会精神保健グループの診断指標に近い。

### 文 献

- 1) Gordon M.: Nursing Diagnosis, Process and Application. 18, Mosby, St. Louis, 1994.
- 2) Jacox A.: Toward Inclusiveness in Nursing Diagnoses. In "Classification of Nursing Diagnoses Proceedings of the Tenth Conference" Carrol-Johnson R, Pagett M p23, Lippincott, Philadelphia, 1994.
- 3) Snyder M.: Case Study: Validation of Altered Thought Process 「看護診断1995」日本看護診断研究会編, 27-33, 医学書院, 1995.
- 4) NANDA: "Nursing Diagnoses: Definition & Classification 1995-1996" NANDA, pp.68-69, Philadelphia, 1994.
- 5) Townsend M.: Nursing Diagnoses in Psychiatric Nursing, pp.168, 182, F. A. Davis, Philadelphia, 1988.
- 6) Carpenito L.: Nursing Diagnosis Application to Clinical Practice, 6th ed. pp.771-774, 783, 786, J. B. Lippincott, Philadelphia, 1995.
- 7) Dougherty C.: In Opposition to NANDA'S Definition of Nursing Diagnosis. In "Classification of Nursing Diagnoses Proceeding of Tenth Conference" Carrol-Johnson R., Pagett M. PP.277-280, J. B. Lippincott, Philadelphia, 1994.
- 8) Jacox A.: Toward Inclusiveness of Scope in Nursing Diagnoses. In "Classification of Nursing Diagnoses Proceeding of Tenth Conference" Carrol-Johnson R., Pakett M. pp.1726, J. B. Lippincott, Philadelphia, 1994.
- 9) NANDA: "Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 1995-1996" NANDA, PP.89, Philadelphia, 1994.

## **Clinical Validation to Define Characteristics of self-care Deficits of Psychiatric Patients**

Hiroshi KAMIGORI<sup>1)</sup> and Izumi TANAKA<sup>1)</sup>

1) Department of Clinical Nursing, School of Nursing, Toyama Medical and Pharmaceutical University.

### **Abstract**

We discussed clinical characteristics of self-care deficits in psychiatric patients by using the Fehring Model. The data were gathered from 245 experienced nurses working in psychiatric hospitals and/or psychiatric units in general hospitals all over Japan. These data were analysed by 100 selected expert nurses using the Fehring's Diagnostic Content Validity Model to determine which of the listed descriptors were deemed to be major or minor to define characteristics. The Fehring's Diagnostic Validity Model were also used to examine if the identified descriptors were truly diagnostic of self-care deficits in psychiatric patients.

The findings were as follows:

- 1) Fifteen descriptors were confirmed as truly diagnostic of self-care deficits in psychiatric patients. Three descriptors in self-feeding were spilling food or inability of eating quietly, inability of maintaining utensils like chopsticks and cups correctly and inability of clearing the dining table after eating. Five descriptors in self-toileting were inability of flushing water, inability of keeping clothes clean, incontinence, staining the lavatory with faces and indifference of stool itself. Four hygiene descriptors in washing of face and hands were unwillingness, incompetence, irregularity, and inability of performance. Three descriptors in self-bathing were unwillingness of washing body sufficiently and changing clothes after bathing, and inability of taking bath voluntarily.
- 2) These diagnostic characteristics indicated self-care deficits related to feeding, toileting, hygiene and bathing, and were similar to those of Townsend, Carpenito or the ANA Psychiatric Mental Health Nursing Group that NANDA accepted at 1994.

### **Key Ward**

**self-care deficit, nursing diagnosis, Fehring model, defining characteristic**