

〔原 著〕

小児看護婦による家族アセスメントの実態

武田 淳子* 古谷佳由理* 丸 光恵* 兼松百合子*

内田 雅代** 鈴木 和子*** 渡辺 裕子****

要 旨

小児看護領域においても、患児を含めた家族全体を看護の対象としてケアしていくことの重要性が広く認められている。小児看護にたずさわる看護婦の家族アセスメントに対する認識と実施の状況、及び看護婦の背景因子との関係を明らかにすることを目的として、35のアセスメント項目からなる質問紙による調査を行った。11施設627人の小児看護婦より得られた回答を分析した結果、以下のことが明らかになった。

- 1) 看護婦は、日常のケアを通して得られやすい情報についてはよくアセスメントしていたが、家族の日常生活についてのアセスメントはあまりなされていなかった。
- 2) 子どものいない看護婦は、子どもがいる看護婦に比して家族アセスメントに対する認識が高かったが、実施における差は少なかった。
- 3) 家族の付添いがない病棟に勤務する看護婦は、付添いのある病棟に勤務する看護婦より、家族の日常生活に注目してアセスメントしていた。
- 4) 小児看護経験が4年以上の看護婦は、4年未満の看護婦より家族アセスメントをよく実施していたが、認識面の差は少なかった。
- 5) NICUに勤務する看護婦は、患児のケアに直接関係する情報はよくアセスメントしていたが、家族の日常生活に関するアセスメントの実施は低かった。一方療養病棟に勤務する看護婦は、家族の日常生活についてはよくアセスメントしていたが、患児の病気が及ぼす影響に関するアセスメントの実施は低かった。

キーワード：小児看護婦，家族アセスメント，認識，実施

はじめに

小児看護領域では、早くから患児のみならず母親を看護の対象としてとらえ、わが国における家族看護の一端を担ってきた¹⁾²⁾。そして現在では、母子の単位にとどまらず家族全体を対象としてケアしてい

くことの重要性が広く認められている³⁾⁴⁾⁵⁾。しかし、病院あるいは施設内といった限られた環境の中で患児を含めた家族全体を適切にアセスメントし、ケアしていくことには困難な点も多いと思われる。そこで今回、小児看護に携わる看護婦は実際にどのような家族アセスメントを大切と思い、また実践しているのか、その実態を知るとともに看護婦の背景との関連を知ることが目的として質問紙による調査を行った。

*千葉大学看護学部小児看護学教育研究分野

**長野県看護大学小児看護学

***東海大学健康科学部看護学科

****家族看護研究所

連絡先：〒260 千葉市中央区亥鼻1-8-1

千葉大学看護学部小児看護学教育研究分野 武田淳子

I. 研究方法

関東近辺を中心とした小児看護部門を有する病院の内、看護部長より研究参加への同意が得られた11施設において、小児看護に携わっている看護婦を対象とした質問紙調査を行った。質問紙は、McCubbinや野嶋らなどの既存の家族アセスメント内容⁶⁾⁷⁾⁸⁾⁹⁾とアラバマ大学看護学部で作成されたFamily Assessment Toolを参考に筆者らが検討を重ねた上で作成した。質問紙は家族構成や両親の職業などの基本的情報を始めとして、家族の日常生活や価値観、患児の病気に対する家族の認識、患児の病気による家族への影響などに関する35のアセスメント項目からなる。各項目について“ふだんの看護実践の中で”「知っている・把握している」(以下「実施」とする)をいつもしている3点～していない0点に、また「大切と思う」(以下「認識」とする)を非常に大切3点～大切でない0点とそれぞれに4段階の選択肢を設け、自己評価を依頼した。質問紙の最後には対象者の背景を知る目的で、年齢、既婚・未婚の別、子どもの有無、小児看護経験年数、勤務病棟の名称と付添いの有無などの記入を求め、さらに小児看護における家族アセスメント等に関する自由記載欄を設けた。質問紙は各病院の看護部長宛に一括して郵送もしくは持参し、対象者に無記名で回答してもらった後、病院ごとに郵送を依頼するか訪問にて回収した。

得られた回答の分析には、統計パッケージSPSSを使用し、各項目について「実施」と「認識」の平均±SD及び「実施」と「認識」の順位相関係数ケンドールの τ を求めた。さらに対象者の背景による各アセスメント項目の「実施」及び「認識」の違いをみるために、一元配置分散分析により検定を行った。なお家族アセスメント項目の因子構造についての分析結果は、別に報告した¹⁰⁾。

II. 結果

(1) 対象の背景：11病院の小児看護婦合計746人に質問紙を配布し、627人より回答を得た(回収率84.0%)。対象者の内訳は女性が557人と9割を占め、未婚者が6割、年齢は24歳以下が155人、25歳以上29歳以下194人、30歳以上39歳以下140人、40歳以上126人と30歳未満が過半数を占めていた。勤務病棟は慢性疾患児・重症心身障害児・肢体不自由児等が入院(入所)している療養病棟(以下療養病棟とする)が156人、NICU121人、小児科病棟・小児外科病棟・小児病棟などの一般病棟(以下一般病棟とする)が252人、その他(ICU、手術室、外来等)64人で、対象者の小児看護経験年数は4年未満287人、4年以上266人、平均4.3(±3.8)年であった。35項目全てに回答した者は「実施」が487人、「認識」が438人であり、 α 係数はそれぞれ0.95、0.94であった。

(2) 家族アセスメントの特徴：全項目について「実施」および「認識」それぞれの平均値を求めたところ、いずれの項目においても「実施」より「認識」の平均値が高かった(表1)。また「実施」及び「認識」の上位5項目中4項目は一致しており、家族に関する基本的情報や両親の理解力、家族と看護婦の関係等であった。同様に下位5項目中4項目も一致しており、いずれも家族の日常生活に関する内容であった(表2)。

各項目について対象者個々の「実施」と「認識」の評価のつけかたの傾向をみる目的で、順位相関係数であるケンドールの τ を求めたところ、その値は0.17から0.56であり、これらはすべて有意水準0.001で有意であった。順位相関が高かった項目は、患児のことを大切に思っている人、家族の中で実権を握っている人、家族の食習慣、患児への家族の接し方やしつけ方等であった(表1)。

次に対象者の背景との関係についてみると、子どもなし群は「認識」面の父親の職業、余暇の過ごし

表1. 家族アセスメント項目と「実施」及び「認識」の平均

| 家族アセスメント項目 | 実 施 (平均 ± SD) | 認 識 (平均 ± SD) | ケンドール の r |
|------------------------|------------------|------------------|----------------|
| 1. 家族構成 | 2.40 ± 0.62 | 2.68 ± 0.47 | 0.24*** |
| 2. 患児を主に世話している人 | 2.64 ± 0.59 | 2.80 ± 0.35 | 0.17*** |
| 3. 家族の健康状態 | 1.95 ± 0.75 | 2.25 ± 0.53 | 0.34*** |
| 4. 父親の職業 | 1.92 ± 0.84 | 2.05 ± 0.64 | 0.41*** |
| 5. 母親の職業 | 2.25 ± 0.81 | 2.42 ± 0.59 | 0.42*** |
| 6. 家族の宗教 | 1.34 ± 0.96 | 1.89 ± 0.73 | 0.45*** |
| 7. 居住環境 | 1.53 ± 0.86 | 2.12 ± 0.70 | 0.41*** |
| 8. 家族の経済状態 | 1.39 ± 0.85 | 2.20 ± 0.65 | 0.41*** |
| 9. 両親の理解力 | 2.32 ± 0.68 | 2.82 ± 0.42 | 0.24*** |
| 10. 家族の食習慣 | 0.99 ± 0.82 | 1.87 ± 0.77 | 0.47*** |
| 11. 家族の飲酒・喫煙習慣 | 0.78 ± 0.81 | 1.56 ± 0.79 | 0.44*** |
| 12. 家族の生活リズム | 1.09 ± 0.89 | 1.95 ± 0.71 | 0.42*** |
| 13. 家族の余暇の過ごし方 | 0.56 ± 0.67 | 1.32 ± 0.79 | 0.38*** |
| 14. 家族の中で実権を握っている人 | 1.07 ± 0.91 | 1.75 ± 0.84 | 0.51*** |
| 15. 家族が困った時のこれまでの対応 | 1.17 ± 0.87 | 2.20 ± 0.70 | 0.38*** |
| 16. 家族が大切にしていること | 0.93 ± 0.80 | 1.92 ± 0.78 | 0.45*** |
| 17. 患児への家族の接し方やしつけ方 | 1.71 ± 0.84 | 2.44 ± 0.67 | 0.47*** |
| 18. 患児のことを大切に思っている人 | 1.99 ± 0.84 | 2.39 ± 0.70 | 0.56*** |
| 19. 患児の病気による家族の身体的影響 | 1.80 ± 0.78 | 2.55 ± 0.56 | 0.38*** |
| 20. 患児の病気による家族の精神的ストレス | 2.00 ± 0.77 | 2.68 ± 0.51 | 0.38*** |
| 21. 患児の病気による家族の日常生活の変化 | 1.77 ± 0.75 | 2.53 ± 0.57 | 0.38*** |
| 22. 患児の病気による家族関係への影響 | 1.80 ± 0.76 | 2.50 ± 0.58 | 0.38*** |
| 23. 患児の病気に関する両親の理解 | 2.31 ± 0.66 | 2.86 ± 0.38 | 0.35*** |
| 24. 患児の病気に関する兄弟の理解 | 1.24 ± 0.77 | 2.17 ± 0.66 | 0.34*** |
| 25. 患児の病気に関する家族の受け入れ | 2.27 ± 0.71 | 2.80 ± 0.42 | 0.35*** |
| 26. 患児を見守る両親の思い | 2.19 ± 0.68 | 2.74 ± 0.49 | 0.27*** |
| 27. 患児の病気についての両親の話し合い | 1.61 ± 0.79 | 2.64 ± 0.56 | 0.38*** |
| 28. 病気についての両親と患児の話し合い | 1.51 ± 0.87 | 2.54 ± 0.70 | 0.39*** |
| 29. 困難を乗り越えるための両親の協力 | 1.63 ± 0.80 | 2.61 ± 0.57 | 0.34*** |
| 30. 家族の医療機関への期待と不信 | 1.90 ± 0.77 | 2.68 ± 0.53 | 0.40*** |
| 31. 家族と祖父母や親戚の人々との関係 | 1.17 ± 0.79 | 1.96 ± 0.74 | 0.43*** |
| 32. 家族と近所の人々との関係 | 0.71 ± 0.71 | 1.53 ± 0.80 | 0.36*** |
| 33. 家族と学校・幼稚園等の人々との関係 | 1.09 ± 0.84 | 1.90 ± 0.81 | 0.45*** |
| 34. 家族と医師との関係 | 2.13 ± 0.74 | 2.65 ± 0.59 | 0.43*** |
| 35. 家族と看護婦との関係 | 2.29 ± 0.73 | 2.75 ± 0.52 | 0.43*** |

■ : 上位5項目 *** p < 0.001

表2. 家族アセスメントの上位5項目及び下位5項目

| | 実 施 | 認 識 |
|-------|------------------|--------------------|
| 上位5項目 | ・ 患児を主に世話している人 | ・ 患児の病気に関する両親の理解 |
| | ・ 家族構成 | ・ 患児を主に世話している人 |
| | ・ 両親の理解力 | ・ 両親の理解力 |
| | ・ 患児の病気に関する両親の理解 | ・ 患児の病気に関する家族の受け入れ |
| | ・ 家族と看護婦の関係 | ・ 家族と看護婦の関係 |
| 下位5項目 | ・ 家族の余暇の過ごし方 | ・ 家族の余暇の過ごし方 |
| | ・ 家族と近所の人との関係 | ・ 家族と近所の人との関係 |
| | ・ 家族の飲酒・喫煙習慣 | ・ 家族の飲酒・喫煙習慣 |
| | ・ 家族が大切にしていること | ・ 家族の中で実権を握っている人 |
| | ・ 家族の食習慣 | ・ 家族の食習慣 |

方, 患児の病気に関する兄弟の理解の3項目を除く32項目において子どもあり群より平均が高く, うち患児の病気による家族の身体的影響や精神的ストレス等9項目において有意差が認められ, 「実施」に

おいては家族の宗教及び医療機関への期待と不信の2項目が有意に高かった. 一方子どもあり群が有意に高かったのは「実施」の中の患児の病気に関する兄弟の理解のみであった(表3). 付添いの有無では, 付添いあり群は「実施」「認識」ともに付添いなし群に比して有意に高い項目はなく, 一方付添いなし群は, 父親の職業や家族の生活リズム等「実施」の4項目及び, 家族の経済状態や祖父母等との関係等「認識」の4項目が有意に高かった(表4). また小児看護経験4年以上の群は「実施」の全項目において4年未満群より平均が高く, 内家族構成, 家族の健康状態等の5項目と「認識」の患児の病気に対する兄弟の理解1項目において有意差が認められた. 「実施」「認識」共に4年未満群が有意に高い項

表3. 子どもの有無による家族アセスメントの違い

| | 家族アセスメント項目 | 子どもの有無 | |
|----|----------------------|--------|----|
| | | あり | なし |
| 実施 | ・ 家族の宗教 | < ** | |
| | ・ 患児の病気に関する兄弟の理解 | > * | |
| | ・ 家族の医療機関への期待と不信 | < * | |
| 認識 | ・ 家族の宗教 | < ** | |
| | ・ 患児の病気による家族の身体的影響 | < * | |
| | ・ 患児の病気による家族の精神的ストレス | < ** | |
| | ・ 患児の病気に関する両親の理解 | < ** | |
| | ・ 患児の病気についての両親の話し合い | < * | |
| 知識 | ・ 患児を見守る両親の思い | < * | |
| | ・ 家族と祖父母や親戚の人との関係 | < * | |
| | ・ 家族と医師との関係 | < * | |
| | ・ 家族と看護婦との関係 | < * | |

* p < 0.01 ** p < 0.001

表4. 付添いの有無による家族アセスメントの違い

| | 家族アセスメント項目 | 付添いの有無 | |
|----|-------------------|--------|----|
| | | あり | なし |
| 実施 | ・ 父親の職業 | < * | |
| | ・ 家族の生活リズム | < * | |
| | ・ 家族の余暇の過ごし方 | < * | |
| | ・ 家族の中で実権を握っている人 | < ** | |
| 認識 | ・ 家族構成 | < * | |
| | ・ 家族の経済状態 | < * | |
| 知識 | ・ 家族の中で実権を握っている人 | < ** | |
| | ・ 家族と祖父母や親戚の人との関係 | < * | |

* p < 0.01 ** p < 0.001

表5. 小児看護経験による家族アセスメントの違い

| | 家族アセスメント項目 | 小児看護経験 | |
|----|----------------------|--------|------|
| | | 4年未満 | 4年以上 |
| 実施 | ・ 家族構成 | < ** | |
| | ・ 家族の健康状態 | < * | |
| | ・ 父親の職業 | < * | |
| | ・ 家族の経済状態 | < * | |
| 認識 | ・ 患児の病気による家族の精神的ストレス | < * | |
| | ・ 患児の病気に関する兄弟の理解 | < * | |

* p < 0.01 ** p < 0.001

目はなかった(表5)。勤務病棟の種類(療養病棟・NICU・一般病棟)では「実施」20項目「認識」16項目において有意差が認められ、さらに多重比較を行い、他の2群との間に有意差のみられた項目について表6-①, 6-②, 6-③に示した。「実施」において、NICU群では父親の職業と家族の飲酒・喫煙習慣の2項目が、また療養病棟群では家族の余暇の過ごし方と家族が大切にしていることの2項目が

表6-①. 勤務病棟による家族アセスメントの違い
—NICUの特徴—

| | 実施 | 認識 |
|------|---|---|
| 高い項目 | ・ 父親の職業** ・ 家族の飲酒・喫煙習慣** | ・ 家族の飲酒・喫煙習慣** ・ 患児の病気による家族の精神的ストレス* |
| 低い項目 | ・ 家族の食習慣** ・ 家族の生活リズム** ・ 家族の中で実権を握っている人** ・ 患児への家族の接し方やしつけ方** | ・ 家族の食習慣** |

* p < 0.05 ** p < 0.01

表6-②. 勤務病棟の種類による家族アセスメントの違い
—療養病棟の特徴—

| | 実施 | 認識 |
|------|--|---|
| 高い項目 | ・ 家族の余暇の過ごし方** ・ 家族が大切にしていること* | ・ 居住環境** ・ 家族の余暇の過ごし方** ・ 家族の中で実権を握っている人** ・ 患児の病気に関する兄弟の理解* |
| 低い項目 | ・ 母親の職業* ・ 家族の宗教** ・ 両親の理解力* ・ 患児の病気による家族の精神的ストレス** ・ 患児の病気に関する両親の理解** ・ 患児の病気についての両親の話し合い* | なし |

* p < 0.05 ** p < 0.01

表6-③. 勤務病棟の種類による家族アセスメントの違い
—一般病棟の特徴—

| | 実施 | 認識 |
|------|----------|---|
| 高い項目 | なし | なし |
| 低い項目 | ・ 居住環境** | ・ 家族の健康状態* ・ 父親の職業** ・ 家族の経済状態* ・ 患児のことを大切に思っている人* |

* p < 0.05 ** p < 0.01

有意に高く、その内父親の職業を除く3項目は、いずれも全体では下位5項目に含まれていた。

自由記載の部分には、家族アセスメントに対する考えを述べたものが多く、その内容は家族アセスメントは大切・重要である33人、家族アセスメントは大切だが難しい37人、ケースによって必要なア

セメント内容が異なる34人、プライバシーの問題がある8人等であった。その他実践における家族アセスメントの工夫やポイントに関して、医療者と患児・家族との関係や看護者の姿勢、看護体制や記録等について意見を述べたものがいた。

Ⅲ. 考 察

「認識」及び「実施」の上位にあがった項目はいずれも患児の看護を実施し、その家族と関わっていく上で常にポイントとなる非常に重要な情報であると思われ、いずれも病棟間に有意差がない項目であったことから、どの対象にも重要なアセスメント項目ととらえられていることがわかる。またこれらの項目は、患児の疾患や状態あるいは家族の状況にかかわらず、一般的には入院時に家族から看護婦自身が直接聴取する情報や、家族と実際に関わっていくなかで比較的得られやすい情報であった。すなわち看護婦はどの対象にも共通して重要であると認識し、かつ日常の看護を通してとらえやすい情報に関しては、確実にアセスメントしていることがわかる。一方「認識」「実施」ともに、下位5項目はいずれも家族そのものの価値観や日常生活に関する内容であり、これらは、病院や施設内での患児に焦点を当てたかかわりの中では、必要性が認識されにくい情報であるといえ、全体としては必要性の認識が低く実施も低いという結果になるものと思われた。

順位相関が高かった項目は、平均値の高低に関係なく、看護婦間において「実施」と「認識」の評価のつけかたに同じような傾向があった項目といえる。これらの項目は、いずれも家族の日常生活や価値観に関する内容であり、看護婦の家族アセスメントに対する考え方が直接実践に反映されやすい項目であると考えられた。

対象者の背景要因との関係を見ると、小児看護の経験年数の違いでは、「認識」より「実施」において有意差が多く認められ、必要性は感じていても経験年数が少ないと、家族の健康状態や経済状態、精

神的ストレスなどを実際に把握するまでには至らないこともあることがわかる。小児看護の経験を重ねることにより普段は直接接する機会の少ない患児の兄弟のことにまで視野が広がり、また必要性の認識が自然に実施に結びつき、アセスメントの実施範囲が深く広くなるものと考えられた。また子どもあり群の「実施」において、患児の病気に関する兄弟の理解が有意に高く出たことは、実生活での育児の経験が影響していることが考えられる。しかし「認識」面において子どもなし群が有意に高い項目が多かったことは、自分自身に経験がない部分だけになおさら意識的に見ようとし、必要性を痛感しているものと考えられた。

付添いの有無別では、付添いがいる場合は常に家族、多くは母親と接することができるため、家族アセスメントが意識されにくいのにに対し、付添いがいない場合は、面会などの限られた時間での家族との接触を通して、家族全体の状況をアセスメントする必要性があるため、意識が高まることが考えられる。有意差の出た項目はいずれも家族の日常生活の状況に関する項目であり、面会時の関わりを通して患児と家族のニーズを把握・アセスメントし¹¹⁾、援助につなげようとしているものと考えられた。

病棟の種類別では特にNICUと療養病棟に特徴が認められた。NICU群では、入院初期の患児との面会や母親をサポートする立場として期待される父親の職業や未熟児出生の原因との関連が大きい家族の飲酒・喫煙習慣に関するアセスメントが積極的に実施されており、予期せぬ未熟児の出生や入院により家族が直面する精神的ストレスに注目している¹²⁾ことがわかった。川名¹³⁾は未熟児看護へのニーズの拡大に対応するものとして、インテンシブケア及び成長発達への援助とならんでファミリーケアを挙げており、また矢野ら¹⁴⁾は、NICUにおける看護では患児と家族の愛着形成を促し、家庭保育が可能になるよう主に両親を中心とした援助が行われることが必要と述べている。施設内のケアから家庭保育への順調な移行を援助していくためには、家族の心理的な

問題に注目するとともに、家族の生活リズムや家族の中で実権を握る人、患児への接し方やしつけ方等、今回の調査では実施の低かったアセスメント項目についても把握していくことが必要と思われた。

療養病棟群では「実施」「認識」とともに有意に高かった項目は、家族の日常生活に関連した内容が中心であり、特に「実施」の2項目はいずれも全体では下位5項目に入る内容であったことから、療養病棟の看護婦は家族に焦点を合わせた看護を重要視し、実践しているものと思われた。障害児の看護では特に家族との連携が重要であり¹⁵⁾家族それぞれの生活の質の向上を目指して生活・社会環境の調整を図ることが看護婦の役割¹⁶⁾と考えられており、特に家族の生活に関して意識的にアセスメントしていることがわかった。一方「実施」が低い項目では患児の病気に関連する内容が多かった。療養病棟では患児の入院が長期にわたることが多く、患児の病状や状態が比較的安定あるいは固定していることが多いこと、また家族との関わりも長期にわたることなどから、患児の病気に対する家族の理解や受入れなどに関して改めてアセスメントする機会が少ないことが考えられる。

一般病棟群は患児の疾患や状態が多様であり、どのような状況の患児や家族を想定して回答するかによりアセスメントの必要性や優先度が大きく異なることが考えられ、他の2群に比して特徴が表れにくいように思われた。また他の2群に比較して入院期間が短いケースが多いため、患児に対する看護が中心となり、家族とのかかわりが深まりにくいことも考えられ、家族アセスメントの困難さについて「短期入院患児が多く、(家族とは)表面的なかかわりで終わってしまうことが多い。」と述べた看護婦もいた。

今回の調査では、“普段の看護の中で把握していることや大切に思っていること”を問う設問であったため、当然のことながら日常接している患児やその家族を想定しながらの回答となり、特にNICUや療養病棟など入院児の病状や状況がかなり限定され

ている病棟の場合は、それぞれの病棟の看護の特徴が反映される結果となった。このことは、小児看護婦が目前の対象に必要なアセスメントを選択的に実施していることの現れともいえる。また看護婦自身の看護経験や実生活での経験により、家族アセスメントの範囲が広がり、日常の看護の中で自然にアセスメントが行えるようになること、また一方では、勤務病棟に付添いが無いあるいは看護婦自身に子どもがいないなど、子どもを含む家族という対象を把握しにくかったり、イメージしにくかったりといった状況においては、家族を意識的にとらえようと努力していることもわかった。

小児看護における家族アセスメントは、対象となる患児や家族の状況により選択的に行われることが重要だが、対象の状況の変化にあわせてさらに広く、深く適切に家族アセスメントを実施していくためには、経験の積み重ねのみではなく、視野を広げるための意識づけや動機づけが重要と思われる。今回のアンケート調査に際して、対象によって必要なアセスメント内容が異なると述べた看護婦は多く、対象の個性に合わせて選択的に情報を得ることの必要性を挙げていたが、実際にはアンケート調査を通して家族アセスメントの範囲を再確認したと述べたものもあり、本当の意味での“選択的な”アセスメントを行うまでにはまだ至っていないと思われた。及川⁴⁾は、家族援助において家族の救済サインを見逃さないことの大切さを述べているが、そのためにはアセスメントの枠組みを持つことが必要であり、患児と家族の言語的・非言語的な表現に常に注意を払いながら関わっていくことが重要と思われた。

病院という環境においては、目前の患児の看護が最優先されることは当然であるが、患児のために家族をどう活用するか²³⁾ではなく、患児を含めた家族全体がより健康に生活できるように家族にも焦点を当てたアセスメントや援助が重要と考える。前田¹⁷⁾は小児病棟看護婦を対象とした“家族中心の看護”の概念理解に関する研究を通して、家族支援に関する役割が意識づけられるきっかけとして学校教

育, 現任教育, 看護婦自身の向上心を挙げている。家族そのものに対するケアを実践していくためには, 家族看護に関する教育の充実とともに, 臨床での実践を振り返りながらアセスメント内容の評価を繰り返し, 家族アセスメントに対する意識を高めていくことが必要と思われた。

質問項目については, α 係数が「実施」0.95, 「認識」0.94と高く, 因子構造が, 小児看護や家族看護を専門とする研究者があらかじめ想定した因子とほぼ一致したこと¹⁰⁾, また本研究で得られた看護婦の背景要因別の家族アセスメントの特徴が妥当な結果であったことから, 信頼性, 妥当性は充分であると考える。しかし, 患児の病気についての両親と患児の話し合い等, 主に乳児を対象とするNICUに勤務する看護婦では回答困難な項目もいくつかあり, 全問回答者数の減少につながったと考えられるため, 今後回答形式等について検討していきたい。

結 論

本研究の結果, 以下のことが明らかになった。

- 1) 看護婦は, 日常のケアを通して得られやすい情報についてはよくアセスメントしていたが, 家族の日常生活についてのアセスメントはあまりなされていなかった。
- 2) 子どものいない看護婦は, 子どもがいる看護婦に比して, 家族アセスメントに対する認識が高かったが, 実施における差は少なかった。
- 3) 家族の付添いが無い病棟に勤務する看護婦は, 付添いのある病棟に勤務する看護婦より家族の日常生活に注目してアセスメントしていた。
- 4) 小児看護経験が4年以上の看護婦は, 4年未満の看護婦より家族アセスメントをよく実施していたが, 認識面の差は少なかった。
- 5) NICUに勤務する看護婦は, 患児のケアに直接関係する情報はよくアセスメントしていたが, 家族の日常生活に関するアセスメントの実施は低かつ

た。一方療養病棟に勤務する看護婦は, 家族の日常生活についてはよくアセスメントしていたが, 患児の病気が及ぼす影響に関するアセスメントの実施は低かった。

〔受付 '97.5.9〕
〔採用 '97.7.7〕

〔引用文献〕

- 1) 森恵美: 日本の母子看護領域における家族看護学研究の動向, 看護研究, 27: 43—52, 1994
- 2) 鈴木和子, 渡辺裕子: 家族看護学 理論と実践, 日本看護協会出版会, 東京, 1995
- 3) 中野綾美: 看護はなぜ家族を一単位として考えるのか; 家族看護の目的と役割, 小児看護, 16: 410—418, 1993
- 4) 及川郁子: 子どもの入院が家族に及ぼす影響; 家族危機への対応, 小児看護, 16: 415—418, 1993
- 5) 武田淳子: 慢性疾患患児をもつ家族のケア, 小児看護, 16: 452—455, 1993
- 6) McCubbin, H. I.: Family Stress Theory The ABCX and Double ABCX Models, Systematic Assessment of Family Stress, Resources and Coping, Univ. of Minnesota, St. Paul, 1981
- 7) McCubbin, M. A.: Coping Health Inventory for Parents, In McCubbin, H., Thompson, A. (Eds.), Family Assessment Inventories for Research and Practice (Second ed): 180—199, 1987
- 8) 野嶋佐由美, 中野綾美, 足利幸乃: 「家族対処行動に関する質問紙」の開発 (第一報), 高知女子大学紀要自然科学編第35号: 65—77, 1987
- 9) Hymovich, D. P.: The Chronicity Impact and Coping Instrument: Parent Questionnaire, Nursing Research vol.32, : 275—281, 1983
- 10) 鈴木和子, 渡辺裕子, 武田淳子, 他: 小児看護における家族アセスメントの実態と内容の検討, 千葉大学看護学部紀要, 16: 69—79, 1994
- 11) 村田恵子, 澤田珠実: 面会における家族のニーズの把握とアセスメント, 小児看護, 15: 1443—1451, 1992
- 12) 松本美恵子: 未熟児出生時の両親のストレスとコーピング, 小児看護, 19: 332—338, 1996
- 13) 川名好子: いま未熟児看護になが求められているか〈知識と技術〉, 小児看護, 19: 291—299, 1996
- 14) 矢野あや, 岡みどり, 広瀬美幸, 他: 未熟児をもつ家族のケア, 小児看護, 16: 456—459, 1993
- 15) 植田悠紀子: 重症心身障害児の看護と看護者の役割, 小児看護, 19: 28—32, 1996
- 16) 森秀子: 障害児をもつ家族のケア, 小児看護, 16: 460—463, 1993
- 17) 前田和子, 小林八生: 小児病棟看護婦の“家族中心の看護”の見解に関する研究—病棟規則・方針に関する意見から—, 日本看護科学学会誌, 13: 250—251, 1993

Pediatric Nurses' Recognition and Practice of Family Assessment

Junko TAKEDA*, Kayuri FURUYA*, Mitsue MARU*, Yuriko KANEMATSU*, Masayo UCHIDA**,

Kazuko SUZUKI*** and Hiroko WATANABE****

(**Department of Child Nursing, School of Nursing, Chiba University*)

(***Department of Child Nursing, Nagano College of Nursing*)

(****Department of Nursing, School of Health Sciences, Tokai University*)

(*****Institute of Family Nursing*)

Key words : pediatric nurse, family assessment, recognition, practice

The purpose of this study was to explore the pediatric nurses' recognition and practice of family assessment. We made questionnaire of 35 family assessment items, and asked 627 pediatric nurses to estimate their actual recognition and practice of family assessment.

The findings were as follows :

1) Pediatric nurses made assessment well about information caught easily through daily nursing care. But they did not make assessment enough about family's daily life.

2) Nurses without their own children recognized the importance of family assessment more than nurses with their own children did. But there was little difference in practice of family assessment among them.

3) Nurses working in the ward where children stayed alone made assessment about family's daily life better than nurses working in the ward where families stayed with their children did.

4) Nurses who experienced pediatric nursing over four years made family assessment better than nurses who experienced pediatric nursing under four years did. But there was little difference in recognition of family assessment among them.

5) Nurses working in NICU made assessment well about information related directly to patients' care, but they did not make assessment enough about family's daily life. While nurses working in the ward where children needed long-term hospitalization made assessment well about family's daily life, but they did not make assessment enough about influences of children's illness on their families.