

---

資 料

---

## 脳卒中患者への生活指導に対する看護師の認識と実施

林 みよ子

### Correlation between Nurse's Perception and Intervention of Health Education for Patients with Cerebral Apoplexy

HAYASHI Miyoko

キーワード：脳卒中患者、脳外科看護師、看護師の生活指導の認知、看護師の生活指導の実施

Key Words : Patients with Cerebral Apoplexy, Neurosurgical Nurse, Nurse's Perception of Health Education, Nurse's Intervention of Health Education

#### Abstract

The purpose of this study was to identify the nurse's perception and intervention of health education for patients with slight cerebral apoplexy. A questionnaire survey was conducted with 105 nurses who work a neurosurgical ward in middle-scale hospitals of A prefecture and its periphery.

The finding of this study showed that; 1). In educational content, more than 90% of nurses recognized its importance whereas its execution degree was low, and nurses who were not executing about "low calorie diet", "nonsmoking method", "temperance method", and "stress management method" had more rate than those who were doing; 2). In educational method, more than 98% of nurses recognized its importance and 81% or more had actually executed; 3). In educational appraisal, more than 88% of nurses recognized its importance whereas its execution degree was low of which approximately 10% indicated "not at all" ; 4). A positive correlation between nurse's perception and intervention of health education was identified.

These results indicated that while hospitalization period was reduced, the difficulty of health education was presumed and thus its necessity of reconsideration at the health education was suggested.

## 要旨

本研究は、軽症脳卒中患者への生活指導に対する看護師の認識と実施の実態を明らかにすることを目的として行った。A県およびその周辺の中規模病院の脳血管神経系病棟に勤務する看護師105名を対象に質問紙調査を行った。

その結果、1) 指導内容では、90%以上が重要であると認識しているが、実施度は低く、「カロリーを控えた食事」、「禁煙の方法」、「減酒（禁酒）の方法」、「ストレス管理の方法」では指導しない者の方が多かった。2) 指導方法では、98%以上が重要であると認識し、81%以上が実施していた。3) 指導評価では、88%以上が重要であると認識しているが、実施度は低く、約10%が全く行わないと答えた。4) 各項目の認識と実施との間には正の相関関係があった。

このことから、在院期間が短縮化される中での生活指導の難しさが推測され、生活指導の見直しの必要性が示唆された。

### I. はじめに

近年、わが国において、慢性疾患や合併症の発症に伴う医療費の高額化が問題となっている。2000年には厚生労働省から「健康日本21」が提唱され、慢性疾患の発症や合併症を防止するための生活習慣病予防は、今や国民的課題となっている。

代表的な生活習慣病の1つである脳卒中は、糖尿病や高血圧症などの複数の生活習慣病を原因とする疾患である。わが国の死亡原因の第3位であると同時に、寝たきり原因の第1位でもあって(厚生統計協会, 2004)、医療費の高額化を招く要因ともなっている。この状況を打破するための努力がなされ、脳血管の異常の早期発見・対処が可能となり、脳卒中の軽症化が進んでいる。しかし、幸いにして症状を残さなかったとしても、いったん発症した後の再発率は高く、決して楽観視できるものではない。患者には、これまでの生活習慣を見直し、望ましい生活行動に変更することが求められており、患者の生活にかかわる看護師の指導が重要になると言える。しかし、入院中に指導を行っても、患者の自己管理に対する意欲や能力の不足、あるいは自覚症状がない状況の軽視によって、退院後の生活においてはそれまでの生活習慣が改められていない(肥後, 篠原, 戸田, 1997; 遠藤, 1999; 林, 2004) 現状である。

最近の健康教育では、保健健康モデルなどを用いて患者のセルフケア能力を高める支援が推奨され(松本, 2002; 岡, 2004)、患者が主体的かつ自律的に行動することができるように働きかける

必要があると考えられている。行動変容プログラムを用いた教育プログラムが患者の自己効力感を高めること(富樫, 須釜, 小嶋, 2004)や、小集団学習を取り入れることで患者が自らの生活を見直して自己管理の方向性を探る機会となったこと(白水, 加賀谷, 三浦ら, 2004)が報告されている。しかし一方では、昨今の在院期間の短縮化によって、看護師の患者指導に費やす時間も大幅に削減されており、患者の行動変容につながる指導の困難さが指摘されている(Rausch & Turkiski, 1999)。この現状において、どのように軽症脳卒中患者への指導を効果的に実施していくかが今後の課題である。

そこで、本研究では、軽症脳卒中患者への生活指導に対する看護師の認識と実施の実態を明らかにすることを目的とした。

### II. 研究方法

#### A. 対象

本研究の対象は、A県およびその周辺の250～500床の中規模病院の看護部長に研究を依頼し承諾の得られた施設における、軽症の脳卒中患者が入院している病棟の看護師105名である。本研究における「軽症」とは、脳卒中の重症度を示すModified Rankin Scaleのグレード0(全く症状なし)またはグレード1(症状はあるが特に問題となる支障はなし)、つまり、発症時から無症状あるいは発症後に症状が改善し、日常生活に支障を来していない状態を意味する。

## B. データ収集方法

郵送法による質問紙調査を行い、データを収集した。質問紙は、先行文献 (Hock, 1999; 大野 & 柳川, 1999; Pratt, Levine & Pratt, 2003) や脳外科勤務経験の長い看護師に対する予備的調査のデータに基づいて、研究者が作成した。質問紙は、<指導内容 (11項目)><指導方法 (6項目)><指導評価 (3項目)>の20項目で、各項目の【認識】と【実施】について回答してもらった。回答方法は、【認識】状況は「かなり重要である」6点、「まあまあ重要である」5点、「重要である」4点、「重要でない」3点、「あまり重要でない」2点、「全く重要でない」1点の6段階の順序尺度を、【実施】状況は「必ず行う」6点、「たいてい行う」5点、「行う」4点、「行わない」3点、「ほとんど行わない」2点、「全く行わない」1点の6段階の順序尺度を用いた。

質問紙は、研究の承諾を得られた施設の看護部長に郵送し、看護部長を通じて各対象者に配布した。そして、回答後は各対象者本人から郵送法によって回収した。

## C. 分析方法

データの分析には、SPSS Ver12.0 for Windowsを用いた。分析は、(1) 単純集計、(2) 各項目の総数に対する百分率、(3) 各項目の【認識】と【実施】の相関係数を行った。相関はspearmanの順位相関係数を用いた。

## D. 倫理的配慮

研究の目的、および研究への参加は自由意思に基づくこと、研究に参加しなくても不利益は被らないこと、質問紙は無記名とすること、データは統計的に処理しプライバシーを保護すること、本研究以外では使用しないことを明記した依頼状を、質問紙に同封して各対象者に送付した。また、質問紙は記載後に対象者本人によって封をし、投函してもらうようにした。

## Ⅲ. 結果

### A. 研究対象者の特性

対象者の特性の概要は、表1に示した (表1)。全員が女性で、平均年齢は36歳±8.3であった。

表1. 対象者の概要

年 齢	平均	36歳 (24~60歳, SD=8.3)	
		20~29歳	33名 (31.4%)
		30~39歳	37名 (35.2%)
		40~49歳	28名 (26.7%)
		50歳以上	7名 (6.7%)
臨床経験	平均	157ヶ月 (60~456ヶ月, SD=81.5)	
		10年未満	48名 (45.7%)
		10年~15年	21名 (22.0%)
		15年~20年	22名 (21.0%)
		20年以上	14名 (13.3%)
現病棟経験	平均	35ヶ月 (1~157ヶ月, SD=31.8)	
		6ヶ月未満	19名 (18.1%)
		6ヶ月~1年	15名 (14.3%)
		1~5年	56名 (53.3%)
		5~10年	10名 (9.5%)
		10年以上	3名 (2.9%)
最終学歴	専門学校: 2年課程		36名 (34.3%)
	専門学校: 3年課程		59名 (56.2%)
	短大・その他		9名 (8.6%)
病床数	平均52床 (40~80床, SD=6.0)		
病棟形態	脳外科単科病棟		15名 (14.3%)
	混合病棟		90名 (85.7%)
勤務形態	三交代制		91名 (86.7%)
	二交代制		12名 (11.4%)
	その他		2名 (1.9%)
看護形態	チーム制		37名 (35.2%)
	プライマリー制		10名 (9.5%)
	機能別		6名 (5.7%)
	チーム制+プライマリー制		25名 (23.8%)
	その他		27名 (25.8%)
病棟での取り組み	事例検討会		63名 (60.0%)
	継続看護システム		83名 (79.0%)
	患者会		5名 (4.8%)

平均臨床経験年数は13.1±6.79年で、そのうち脳外科勤務年数は平均2.9±2.65年であった。

病床数は平均52±6.0床、脳外科の単科病棟は15名 (14.3%)、三交代制が91名 (86.7%)であった。看護形態としては、チーム制37名 (35.2%)、プライマリー制10名 (9.5%)、チーム制とプライマリー制の混合25名 (23.8%)、機能別6名 (5.7%)であった。また、病棟の取り組みとして、事例検討会を行っている63名 (60.0%)、外来への継続看護システムをとっている83名 (79.0%)、患者会を催している5名 (4.8%)であった。

### B. 軽症脳卒中患者に対する生活指導の【認識】と【実施】

1. 指導内容についての【認識】と【実施】の状況  
指導内容の【認識】状況は、図1に示した (図1)。「定期受診を続けること」は全員が、「減塩食の工夫」は104名 (99%) が重要であると認識していた。「定期受診を続けること」では、半数以上が「かなり重要」であると認識していた。その他の項目でも92名 (87.6%) ~101名 (96.2%) が重要であると認識していたが、「適度な運動の方法」は「かなり重要」25名 (23.8%)、「まあまあ重要」33名 (31.4%)、「重要」42名 (40.0%)と、その重要性の認識は低い。全ての項目について、「まっ

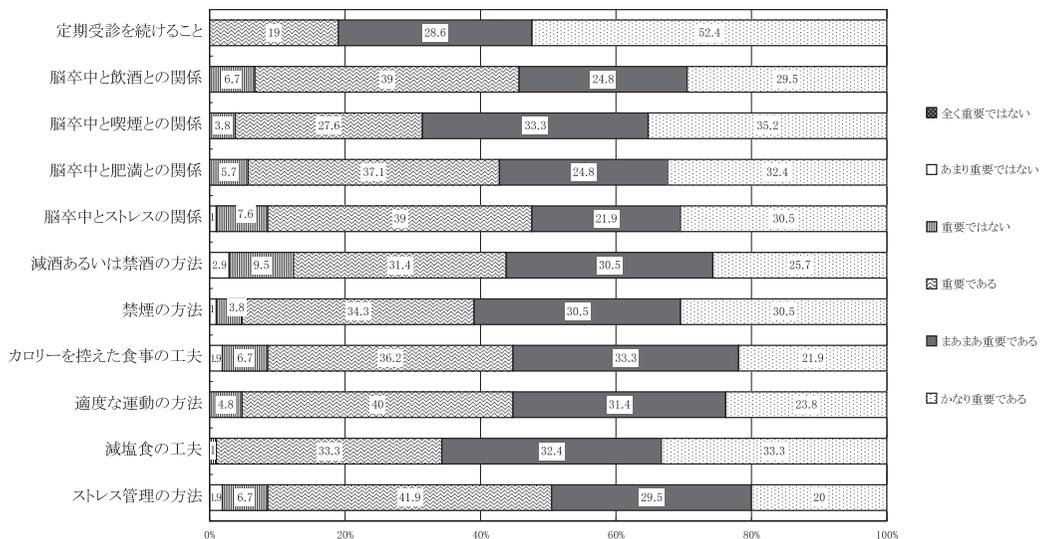


図1. 指導内容に対する認識 (n = 105)

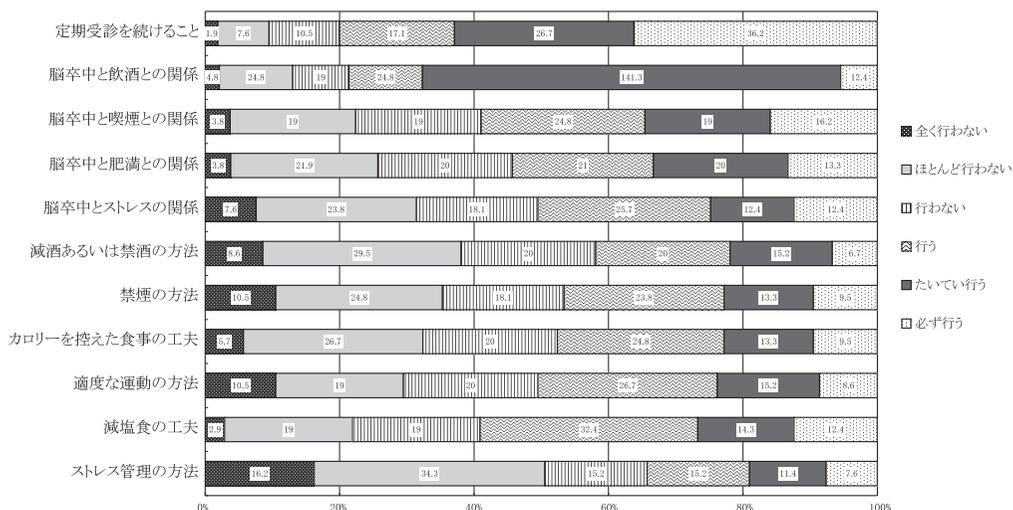


図2. 指導内容に対する実施 (n = 105)

たく重要ではない」と答えた者はいなかった。

一方、指導内容の【実施】状況は、図2に示した(図2)。「定期受診を続けること」は84名(80.0%)が指導すると答え、そのうち「必ず行う」38名(36.2%)と、他の項目に比べて多かった。「脳卒中と喫煙の関係」、「減塩食の工夫」、「脳卒中と肥満の関係」、「脳卒中と飲酒の関係」、「脳卒中とストレスの関係」、「適度な運動の方法」は53名(50.5%)～63名(60.0%)が指導を行うと答えている。しかし、「カロリーを控えた食事」、「禁煙の方法」、「減酒あるいは禁酒の方法」、「ストレス

管理の方法」では指導しない者の方が多かった。特に、「ストレス管理の方法」では35名(34.2%)が指導しているのに対して、「行わない」16名(15.2%)、「ほとんど行わない」36名(34.3%)、「全く行わない」17名(16.2%)であった。

## 2. 指導方法についての【認識】と【実施】

指導方法の【認識】状況は、図3に示した(図3)。全ての項目において、103名(98.0%)～104名(99.1%)が重要であると認識しており、「まったく重要ではない」と答えた者はなかった。

一方、指導方法の【実施】状況は、図4に示し

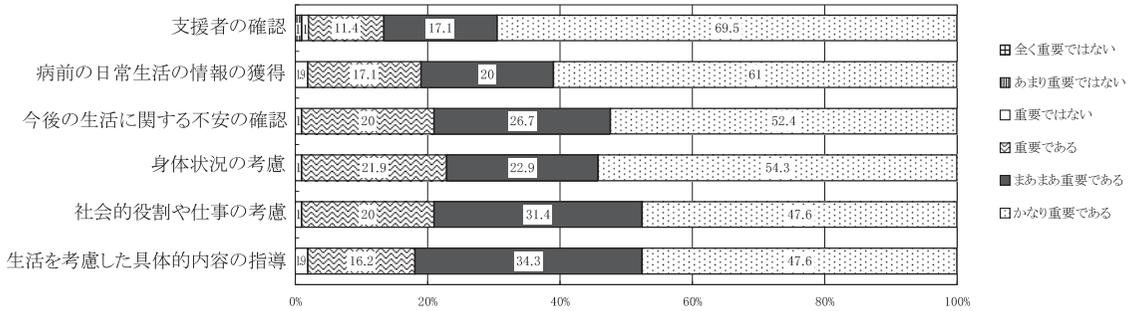


図3. 指導方法に対する認識 (n = 105)

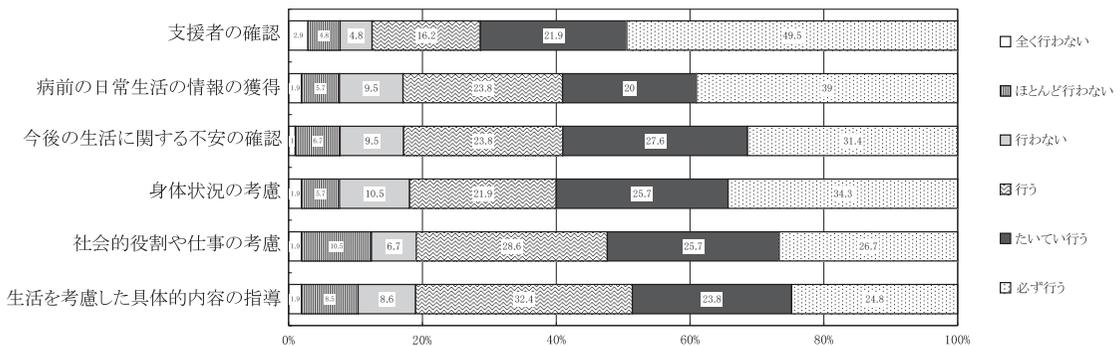


図4. 指導方法に対する実施 (n = 105)

た(図4)。「支援者を確認する」は92名(87.6%)が指導を行っており、「必ず行う」が半数を占めた。その他の項目も、85名(81.0%)～87名(82.9%)が指導していると答えた。また、全ての項目で、「全く行わない」と答えた者が1名(1.0%)～3名(2.8%)であった。

3. 指導評価についての【認識】と【実施】

指導評価の【認識】状況は、図5に示した(図5)。3項目とも、93名(88.6%)～98名(93.3%)が重要であると認識していた。「指導内容の実施度で評価する」では「全く重要でない」と答えた者が9名(0.9%)であった。

一方、指導評価の【実施】状況は、図6に示した(図6)。全ての項目について63名(60.0%)～68名(64.7%)が指導を行うと答えた。「全く行わない」と答えたのは、「意欲や自信を示す発言で評価する」7名(6.7%)、「知識の習得度で評価する」9名(8.6%)、「指導内容の実施度で評価する」7名(6.7%)であった。

C. 各項目の【認識】と【実施】の相関関係

20項目それぞれの【認識】と【実施】の相関係数を表2に示した。「脳卒中とストレスの関係」( $r = .353, p < .01$ )、「ストレス管理」( $r = .379, p < .01$ )では弱い正の相関が、その他18項目については中程度の正の相関関係( $r = .408 \sim .618, p < .01$ )が認められた。

IV. 考察

A. 軽症脳卒中患者への生活指導内容に関する看護師の【認識】と【実施】

生活指導内容11項目は、重要であると認識している割合が高いが、実施度は低かった。今回の調査の生活指導内容は、脳卒中とリスクファクターとの関係を指導するものと具体的な生活方法を指導するものであったが、比較的、前者の方が実施度は高かった。これは、再発予防のためには、疾患やリスクファクターという一般的な知識を提供することは取り組みやすい一方、個別적인関わ

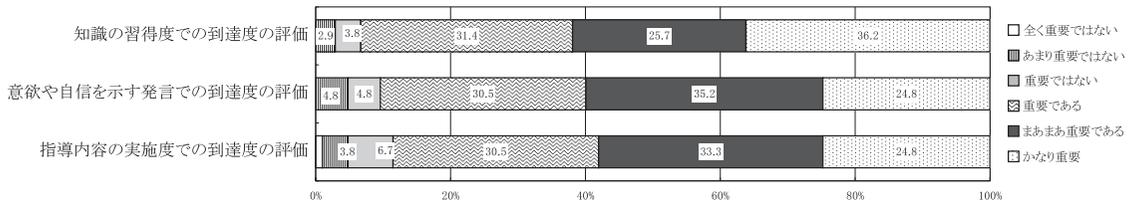


図5. 指導評価に対する認識 (n = 105)

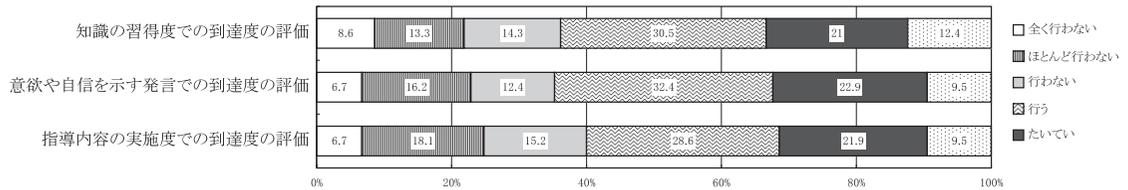


図6. 指導評価に対する実施 (n = 105)

表2. 各項目における【認識】と【実施】の相関係数

項目	相関係数 (r)
指導内容 1 脳卒中と飲酒との関係	0.451
2 脳卒中と喫煙との関係	0.505
3 脳卒中と肥満との関係	0.515
4 脳卒中とストレスの関係	0.353
5 カロリーを控えた食事の工夫	0.455
6 減塩食の工夫	0.465
7 減酒あるいは禁酒の方法	0.408
8 禁煙の方法	0.433
9 ストレス管理の方法	0.379
10 適度な運動の方法	0.519
11 定期受診を続けること	0.590
指導方法 12 身体状況の考慮	0.613
13 今後の生活に関する不安の確認	0.568
14 支援者の確認	0.636
15 社会的役割や仕事の考慮	0.586
16 病前の日常生活の情報の入手	0.548
17 生活を考慮した具体的内容の指導	0.604
指導評価 18 知識の習得度での評価	0.576
19 指導内容の実施度での評価	0.555
20 意欲や自信を示す発言での評価	0.607

p<.01

りを要する具体的な生活方法の指導は、本研究の対象の9割近くが複数の診療科との混合病棟に勤務しており、煩雑な業務の中では取り組み難いと推測される。

実施度の低い内容を見ると、まず、喫煙に関する項目では、「脳卒中と喫煙の関係」は認識も実施も割合が高く、正の相関があったが、「禁煙の方法」は、「全く行わない」が「必ず行う」を上回っていた。これは、蓮尾ら(2002)が、喫煙者の約半数が医療従事者から禁煙指導を受けた経験がなかったと報告していることと一致する。喫煙

は、生活習慣病の重大なリスクファクターであるために、禁煙指導の必要性は認識されているが、依存性がある個人の嗜好が強く、容易に変容できるものではないため、取り組みにくい問題であると推測される。次に、ストレスは、脳卒中予防を妨害する要因の1つである(Pratt, Levine & Pratt, 2003)と報告されているように、獲得した生活習慣の継続にも影響する可能性が重要な問題である。本研究では、ストレスに関する項目「脳卒中とストレスの関係」「ストレス管理の方法」は、認識が低く、「ストレス管理の方法」は3割程度の実施度であり、認識と実施の相関は弱かった。個々の看護師のストレスに対する捉え方が異なる上に、「ストレス管理の方法」は非常に個別的な要素を持つために、指導することが難しいことが推測された。また、「適度な運動の方法」「カロリーを控えた食事」に関しては、脳卒中患者全てに適用しにくいこと、「減酒あるいは禁酒の方法」については飲酒が脳卒中の重大なリスクファクターであると言い難く、少量の飲酒はかえって有用であるということから指導されていないことが考えられる。

#### B. 軽症脳卒中患者への生活指導方法に関する看護師の【認識】と【実施】

生活指導方法に関する項目は、認識が高く、実施についても8割程度が行っていると答えており、相関も高かった。これは、質問項目が、看護

師が一般的によく用いる指導方法であったためであると考えられる。

項目別に見てみると、「支援者を確認する」は約半数が「必ず行う」と答え、指導方法6項目の中で最も多いが、その反面「全く行わない」者も28%と最も多かった。この理由としては、軽症脳卒中患者は意識や運動機能に支障がないため自己管理できることが多く、他者に支援を求める必要がないと判断する者も多いことが考えられる。また、「社会的役割や仕事を考慮する」、「生活を考慮した具体的な内容を指導する」も重要視され、85名(81.0%)が指導を行っていると答えているものの、「必ず行う」のは25名(26.7%)、26名(24.8%)と少なかった。軽症脳卒中は、発症間もない時には病状が重視されて、病態が安定すればすぐに退院となるケースが多い。そのため、退院後の生活に対する指導が重要であると捉えながらも、個別的な社会背景に目を向けた指導や、患者が自身の生活を振り返ることができるような具体的な指導に踏み込むことができないことが考えられる。軽症脳卒中は、症状が早期に改善することが特徴であり、入院早期から退院後の生活に対する具体的な指導に取り組む必要があると考える。

### C. 軽症脳卒中患者への生活指導評価に関する看護師の【認識】と【実施】

生活指導の評価では、3項目とも、認識は高いが実施度は6割程度で、「全く行わない」と答えた者も1割程であった。これについても、煩雑な業務の中で、短い入院期間では指導したことの評価を行うことの難しさが推測される。しかし、指導を行ったその効果を評価し、次の指導につないでいくことは重要なことであり、効率よく評価する方法を検討する必要がある。

また、「知識の習得度で評価する」ことの実施度が高く、「指導内容の実施度で評価する」ことの実施度が低いことは、脳卒中とリスクファクターの関係という一般的な知識を提供する内容の指導がよく行われ、具体的な方法についての指導が少なかった生活指導内容の結果と一致している。生活指導を行うことによってすぐに患者の行動が変化するわけではなく、望ましい生活習慣を獲得する上では経過を追った行動の評価は不可欠であるため、評価の視点を検討していく必要があると

考える。

## V. 結論

本研究において、軽症脳卒中患者への生活指導に対する看護師の認識と実施の実態を明らかにした。その結果、認識は生活指導内容・方法・評価ともに9割程度が重要であると捉えているが、実施度は低く、生活指導についての認識と実施の間には、全ての項目において正の相関がみられた。このことから、在院期間が短く、症状のない軽症脳卒中患者に対する生活指導の見直しの必要性が示唆された。

しかし、本研究で用いた質問紙は、質問項目が抽象的であり、どのような指導が行われているのか、その具体的な内容を把握するには至らなかったこと、そして、A県とその周辺の中規模病院という限定された対象であることが、本研究の限界である。今後、質問紙の内容を再検討し、病院の規模や対象者数を増やして検討を重ねる必要がある。

## 謝辞

研究対象者をご紹介いただいた看護部長の皆様、そして調査にご協力いただいた看護師の皆様にご心から感謝いたします。

なお、本研究は、平成15年度滋賀医科大学学長裁量経費の助成を受けて行った研究の一部である。

## 文献

- 遠藤清子(1999). 脳血管障害患者に対する継続的生活指導－病院外来における実践－. 臨床看護, 25 (3), 385-390.
- 蓮尾聖子・田中英夫・木下洋子・中村正和・増居志津子・木下朋子・近本洋介・大島明(2002). 患者ニーズ調査に基づいた大阪府立成人病センターでの喫煙対策1997～2000年. 厚生生の指標, 49 (4), 30-37.
- 林みよ子(2004). 軽症脳卒中患者の生活習慣変容に関する行動パターン. 滋賀医科大学看護学ジャーナル, 2 (1), 46-52.
- 肥後美智子・篠原志津・戸田典子(1997). 高血圧性脳内出血患者の退院指導, 看護技術, 43

- (10), 1088-1094.
- Hock, N.H. (1999). Brain attack – The Stroke continuum –, Nursing Clinics of North America, 34 (3), 689-723.
- 厚生統計協会 (2004). 国民衛生の動向, 厚生 の指 標臨時増刊.
- 松本千明 (2002). 医療・保健スタッフのための健康行動理論 (実践編). 医歯薬出版
- 岡美智代 (2004). Nature and Nurture –セルフ ケアを促すプログラム–, 月刊ナースデー タ, 25 (11), 8-13.
- 大野良之・柳川洋. (1999). 生活習慣病予防マニ ュアル. 南山堂.
- Pratt, C.A., Levine, S.R., & Pratt, C.B. (2003). Stroke Knowledge and barriers to stroke prevention among African Americans – implications for health communication –. Journal of Health communication, 8 (4), 369-381.
- Rausch, M., & Turkiski, B. (1999). Development realistic treatment standards in today's economic climate –Stroke survivor education –. Journal of Advanced Nursing, 30 (2), 329-334.
- 白水真理子・加賀谷聡子・三浦幸枝・佐藤征子・大谷由香 (2004). 虚血性心疾患を合併した糖尿病患者への教育プログラムの検討, 日本糖尿病教育看護学会誌, 8 (2), 132-137.
- 富樫智子・須釜千絵・小嶋百合子 (2004). 自己効力を高める糖尿病教育プログラムの評価, 日本糖尿病教育看護学会誌, 8 (1), 25-34.
- <http://www.kenkounippon21.gr.jp/>, 「21世紀における国民健康づくり運動」.