

看護診断を理解するために 必要な中範囲理論

国立大学法人熊本大学 医学部 保健学科 教授 森田敏子

はじめに

看護師が看護を行う際、何らかの考えに基づいて行動が導き出されています。科学的思考としては、現象や経験でとらえつつ概念的な抽象レベルで考えていますが、抽象と具象の「昇り降り思考」をしています。別の言い方をすれば、演繹的思考と帰納的思考をしているのです。演繹的であれ、帰納的であれ、理論を使って看護を実践し、実践から理論が構築されています。このように理論と実践は密接な関係にあり、相互に発展を支援しているのです。

看護師が理論に基づいて看護を実践し、実践から理論が構築されることは、看護が実践の科学と言われるゆえんであり、看護が実践の科学であることの証明でもあるのです。ここでは、理論について概観し、看護診断に中範囲理論の理解が必要な理由をひもといていきましょう。

1 理論の4つの区分

理論は、対象として取り扱う概念とそ

の意味、内容、構成などの大きさによって、①メタ理論、②大看護理論、③中範囲理論、④実践理論の4つのレベルに区分されます。

メタ理論は大きな問題を主に扱う理論です。大看護理論には、皆さんが既に学んできたナイチンゲール、ヘンダーソン、ロジャース、オレム、ロイ、ニューマンらの看護理論があります。中範囲理論は、大看護理論と看護実践との間にあるギャップを埋め、実践につなげる理論です。痛みや不安など特定の現象を扱う実践理論は、小理論とも言います。俗に言う「理にかなっている」の「理」が、小理論の範囲です¹⁾。

中範囲理論は、社会学者のロバート・K・マートンが『社会理論と社会構造』(みすず書房、2002)で用いたものを、看護に取り入れたものです¹⁾。実践と理論のギャップや隔たりを埋める規模の理論で、看護診断を最も生かす理論なのです。代表的な看護診断にNANDA看護診断がありますが、その診断表現に多くの中範囲理論が含まれているので、看護診断を活用するには中範囲理論の理解が不可欠になるのです。

中範囲理論には、①やや狭い範囲に焦点化する、②抽象度がやや低い、③特殊な現象に関連する、④含まれている概念や命題は多くない、⑤事象が限定される、⑥部分的な見解といった特徴があることから、現象の解釈と看護実践により直接的に適用できるのです。

質の高い看護を提供するには、看護診断で表現される患者の状態を明らかにし、よりよい方向を目指した適切な看護介入を行わなければなりません。患者を前にした時に、看護診断の状態がわかり、何をすればどのような状態になるのかといったことを認識する必要があります。

それらの認識を助けるのが看護成果であり看護介入です。アイオワ大学研究チームが、看護成果分類（NOC）と看護介入分類（NIC）を開発しています。NANDA看護診断13領域とNOC、NICの3つの関連性、つまり、「NANDA-NOC-NICのリンクエージ」が開発されているのです。

2 中範囲理論と看護診断

アメリカ看護師協会によると、「看護とは、現にある、あるいはこれから起こるであろう健康問題に対する人間の反応を診断し、かつ治療することである」²⁾と定義されています。

定義にあるように、人間の反応をとらえなければ診断も治療もできません。人間の反応は身体レベルから社会・心理学的なものまで多岐にわたっており、一人ひとりが示す反応は個別的です。人間のさまざまな反応を分析するためには、専門分野の理解はもとより、多

くの関連領域の理解が不可欠であることは、誰でも納得がいくことでしょう。このことが、中範囲理論の理解が深まると看護診断が判断できるゆえんです。

NANDA看護診断の場合も、診断概念および診断ラベルに含まれている中範囲理論の理解が必要なのかわかると思います。

「看護診断—看護成果—看護介入」の橋渡しとしての中範囲理論を考えてみましょう。現在、『NANDA看護診断 定義と分類 2005-2006』には診断ラベルが172個採用されています。このうち156個がNOC、NICとリンクしています。しかし、やっかいなことは、開発され続けており、追加・修正・削除されて変化するため、継続学習が必要であるということです。

NANDA看護診断では、13の「領域」を「類」によって区分し、類をさらに「診断概念」で整理し、診断概念に「診断ラベル」をつけます。つまり、NANDA看護診断は、①領域、②類、③診断概念、④診断ラベルという構造になっています。このうち、看護診断として使うのは、「診断ラベル」の部分です。

例えば、「非効果的健康維持」³⁾という診断ラベルは、領域1「ヘルスプロモーション」の類2「健康管理行動」の診断概念「健康維持」に属しています。

さて、看護診断における「中範囲理論」に手がかりを与えてくれるのは、看護診断の構成です。NANDA看護診断の診断ラベルは、状態を示す語句と修飾語の組み合わせで構造化されています。

例えば、診断ラベル「非効果的健康維

持」³⁾は、「健康維持」が状態を示す語句、「非効果的」が修飾語です。診断ラベルによっては修飾語がないのがありますが、基本的には、状態を示す語句と修飾語で構成されています。状態を示す語句は、それ自体ではよいとか悪いとかは判断できず、中立的な状態です。修飾語によって、初めて、よいか悪いか、不足か過剰かが示され、判断できることとなります。

しかし、中範囲理論の理解がなければ、このように判断して診断することはできません。

3 看護診断と結びつく 中範囲理論へのキーワード

ここで、看護診断と結びつく中範囲理論へのキーワードを考えてみましょう。

領域1「ヘルスプロモーション」では、健康、健康探求行動などになります。領域2「栄養」では、消化、吸収など、領域4「活動／休息」では、セルフケアなどがキーワードになります。すでに、大看護理論のオレムの看護論で学習していると思いますが、セルフケアとは何かということを理解していなければ判断は困難です。

領域5「視覚／認知」、領域6「自己知覚」、領域7「役割関係」では、役割、家族、認知、知覚がキーワードになります。領域5～7については、認知理論、役割理論といった中範囲理論が理解できていなければ、看護診断ラベルを判断することは難しいのです。

領域8「セクシュアリティ」、領域9「コーピング／ストレス耐性」では、セク

シュアリティやコーピング、ストレスといった中範囲理論の理解が必要なことは、もう納得できますね。領域13「成長／発達」では、成長や発達の理解がなければ診断がつけられません。

4 看護実践に活用できる 中範囲理論～自己概念

人間の心理行動の理解に役立つ中範囲理論には、ストレス理論、危機理論、不安、悲嘆、コーピング理論、自己概念、自尊感情、ボディイメージ、自己同一性、アイデンティティなどがあり、中範囲理論の理解に結びつくキーワードを手がかりに学習する必要があります。

ここでは、その中の自己概念を考えてみましょう。

1) 自己概念とは

自己概念は自分のことなので、「私（患者）はこんな人間」という理解につながる、多元的、多面的な構成概念です。

次元としては、「記述的次元」と「評価的次元」があります。「私は会社員です」「私は看護師です」というのが記述的次元、「私は仕事がよくできます」「私は親切です」というのが評価的次元で、自分の視点から見た自分と、他者の視点から見た自分の理解に分けられます。

さらに、交差する次元として、安定性の次元、複雑性の次元、明確性の次元があります⁴⁾。

2) 自己概念の理論

自己概念には、ブラッケンの自己概念モデルやロイの自己概念様式などいくつ

かの理論があります。

ジェームスの自己概念⁵⁾は、「知る自分(考えている自分)」と「知られる自分(考えられる対象としての自分)」が自己概念の全体ととらえ、「知られる自分」の中に、精神的自己、社会的自己、物質的自己があると分析しています。

ジョハリの窓^{5,6)}という中範囲理論で自己概念をとらえるなら、公開された自分と隠された自分がある一方で、自分は気づいていないけれど他者からはわかれている部分もあり、自分もわかっていない、他者にも知られていない部分があると考えられる。そのことから、自分を次の4領域に分けることができます(表)。

- ① 自分がよく知っている＝開放領域
- ② 自分は気づかないが、他者が知っている＝盲点領域(この領域は、誰かに指摘されて知ること、開放領域に移動します)
- ③ 自分は知っているが、他者は知らない＝隠蔽領域
- ④ 自分も知らないし、他者も知らない＝未知領域

自分が知っていて他者が知らないの

は、秘密にして隠しているからです。他者に知られたくない秘密の領域が大きいと、人間関係や人格形成に影響するので、秘密はできるだけ少なくする方がよいと言われています。

病気の苦悩や心の中の悩みの部分をオープンにできれば開放領域が広がり、心が安定するのです。

ジョハリの窓は、心理学者のジョセフ・ルフト(Joseph Luft)とハリー・インガム(Harry Ingham)の2人が共同で考えた対人関係における気づきのグラフモデルです。この2人の名前を組み合わせ、ジョハリの窓(Johari Window)と言いますが、ジョハリという人がいるわけではありません^{5,6)}。

3) 看護における自己概念の意味

次に、中範囲理論として自己概念を理解する看護の意味を考えてみましょう。

自己概念が看護にとって重要なのは、自分の姿をとらえる自己概念が、単に把握されたものであるという以上に、絶えず主体としての自己(自分)に影響を及ぼし、人の行動の強力な規定因子として機能しているからです。

ロジャースは、「人は自分の抱く自己像にそった形で行動しようとする」⁷⁾としています。自分が描く自己像に沿って、こうありたいと思って行動するわけです。当然のことながら、理想自己はこうありたいと思う自己であり、こうあらねばならないと思う義務自己ですが、現実自己は実際の自分なので、理想自己と現実自己にはギャップがあります。

患者にしてみれば、現実の病気の自己

表 自己概念の4領域

	自分が知っている	自分が知らない
他者が知っている	開放領域 open self	盲点領域 自己理解する blind self
他者が知らない	隠蔽領域 自己開示する hidden self	未知領域 unknown self

自分は気づいていない

他者に知られたくないから秘密にしている

を受け入れるのは難しく、理想自己や義務自己をつくり変えていく困難さがあります。治療法が確立されている病気や健康回復が保障されている病気であれば、病気を受け入れるのは容易です。しかし、難病やがんであれば病気の回復は難しいため、理想自己をつくり変えるという課題を突きつけられます。理想自己をつくり変えるには、かなりのエネルギーが必要となるため、苦悩するのです。

5 病気の過程にある人の理解に役立つ中範囲理論 ～病みの軌跡

1) 病みの軌跡とは

病気の過程にある人の理解に役立つ中範囲理論には、「病みの軌跡」「病気の不確かさ理論」「障害（病気）の受容過程」「死の受容過程」といった理論があります。死の受容過程は、キューブラー・ロス⁸⁾の「死の5段階」を学んだ方が多いと思います。

ここでは、アンセルム・ストラウスの『慢性疾患を生きる』に焦点を当てましょう。慢性状況におけるケアの焦点は、治癒ではなく、病気と共に生きることだと言います。対象者自身が病みの行路を方向づけ、生活の質を維持できるように援助することが看護なのです。

病みの軌跡は、次の9つの局面で理解する必要があります。

- ① 前軌跡期（発病前から病気が始まっている。本人が気づいたり、健康診断で発見されたり、家族が気づいたりする局面）
- ② 軌跡発現期／軌跡の始まり（＝病気

の始まり）

- ③ クライシス期
- ④ 急性期
- ⑤ 安定期
- ⑥ 不安定期
- ⑦ 立ち直り期
- ⑧ 下降期
- ⑨ 臨死期

この9つの局面は一方向に進行するのではなく、行ったり来たり、飛び抜かしたり、急性期が短かったり、不安定期が長かったりと、その人によって局面の時間の長さはさまざまに様々ではありません。

いずれにしろ、心理的・身体的側面としてこれらの期をたどり、いずれは下降期から臨死期へということになるでしょう。このような期にある患者に看護師がかかわっていくのです。

2) 看護における

病みの軌跡の意味

病みの軌跡を看護に適用するなら、慢性状況におけるケア介入の目的は、慢性の病気の予防、共に生きる、行路の方向づけになります。看護の目標として、病みの行路の方向づけができ、生活の質を維持できることになります。看護の方法は、支援的援助・調整、モニタリング・カウンセリングとなります⁹⁾。

病みの軌跡における看護のプロセスは、第1段階から第5段階までが考えられています。第1段階は、「位置づけと目標の設定」で、過去から現在までの軌跡がどうなっていたか、現在の局面で経験している症状や障害がどうかという側面から「折り合い」をつけていきます。

理想自己が現実とかけ離れていれば、現実の自分の身体的なものと折り合いをつけることはできません。また、家族が患者に大きな期待感を持つと折り合いをつけるにくくなります。いかに折り合いをつけるかが非常に大事なポイントなのです⁹⁾。

第2段階は「管理に影響を与える条件のアセスメント」で、管理を促進する条件と妨げる条件について見極めていきます。第3段階は「介入の焦点を定める」で、何をしたらよいかを定めます。第4段階は「管理条件の操作」で、望ましい目標に到達するために介入を繰り返すことです。第5段階は「介入効果の評価」で、新たな調整やコーピングが必要な時、どのように対処できているか、新たな状況の中でも懸命に努力しているかなどを見極めます。ここでコーピングという中範囲理論の理解が必要になります。

さらに、病みの軌跡における看護では、日常生活への影響を考えなければなりません。折り合いをつけることが一つのポイントですが、折り合いをつけるためにはアイデンティティ適用のプロセスが必要になるので、アイデンティティという中範囲理論の理解が必要になります。自分はどのような人で、どこに自分自身を確立するかという理解がなければ、アイデンティティの適用は考えられません。

自己概念も中範囲理論ですし、こうありたいという理想自己の変容も必要です。自己概念の変革も求められます。

おわりに

中範囲理論は、NANDA看護診断とNOC、NICとの橋渡しをしています。これまで見てきたように、中範囲理論の理解がなければ、アセスメントして診断を判断することができないのです。だからこそ中範囲理論の理解が不可欠なのです。

理論が実践をガイドし、実践が理論を向上させ、発展させます。中範囲理論を学び、現場で活用したいものです。

中範囲理論について詳しく学びたい方は、『事例を通してやさしく学ぶ中範囲理論入門』（日総研出版）をお読みください。

引用・参考文献

- 1) 中木高夫：看護診断を読み解く！看護をもっと深めたい人のために、P.6, 学習研究社, 2004.
- 2) 松木光子編：看護学概論 看護とは・看護学とは、P.11, NOUVELLEHIROKAWA, 2003.
- 3) NANDA国際ナショナル著、日本看護診断学会監訳、中木高夫訳：NANDA看護診断 定義と分類 2005-2006, P.13, 医学書院, 2005.
- 4) 佐藤栄子編著：事例を通してやさしく学ぶ中範囲理論入門, P.182～190, 日総研出版, 2005.
- 5) フリー百科事典：ウィキペディア (Wikipedia) <http://ja.wikipedia.org/wiki> (2006年12月閲覧)
- 6) ACTSTAGE：大学生のための就活ゼミナール <http://www.actstage.com/PSY1.htm> (2006年12月閲覧)
- 7) 榎本博明：「自己」の心理学, P.127, サイエンス社, 1998.
- 8) E・キューブラー・ロス著、川口正吉訳：死ぬ瞬間 死にゆく人々との対話, 読売新聞社, 1971.
- 9) 前掲4), P.210～224.
- 10) アンセルム・L. ストラウス他著、南裕子監訳、木下康仁他訳：慢性疾患を生きる ケアとクオリティ・ライフの接点, P.127, 医学書院, 1997.