

(資料)

クリティカルケア看護科目における学内実習でのアセスメントに 対する学生が抱く困難感と協同作業の認識の実態調査

Survey on the actual conditions of the student's sense of difficulty and recognition of collaborative work in the nursing process assessment in on-campus critical care practice

具志堅翔子¹⁾, 謝花小百合¹⁾, 大城真理子¹⁾

キーワード：クリティカルケア看護, 学内実習, 看護過程, 困難感, 協同作業認識

Key words: critical care nursing, on-campus practice, nursing process, sense of difficulty, recognition of collaborative.

I. はじめに

看護過程とは、「看護の知識体系と経験に基づいて、人々の健康上の問題を見極め、最適かつ個別的な看護を提供するための組織的・系統的な看護実践方法の一つであり、看護理論や看護モデルを看護実践へつなぐ方法である」（日本看護科学学会看護学術用語検討委員会, 2011）。看護師が根拠に基づいた看護を実践するうえで、看護過程は重要である。看護過程は「①アセスメント、②看護上の問題を明らかにする、③目標設定、④看護計画立案、⑤実施、⑥評価」という相互に関連しあう6つの段階から構成され、このようなプロセスは看護実践をより科学的に実践するために思考を整理し、臨床判断をするうえで重要である（江川, 2019）。

しかし、看護学生にとってアセスメントは困難を伴うものであると報告されている（河村ら, 2016）。対象をアセスメントする過程では、広く深い知識が必要とされ、学生にとっては困難が大きい。

A大学のクリティカルケア看護演習・実習でも、学生から看護過程は難しいとの意見があり、授業内の取り組みだけでなく、学生がじっくり考えられるように、事前課題として事例のアセスメントを課している。また、実習前の学内演習では学生が作成した事前課題を基に、アセスメントの理解を深めるために、協同学習の一つであるジグソー法を用いたグループワークを実施している。協同学習は学生同士が協力的な関係を持ち、学びを深めあう効果が期待されている（長濱ら, 2009）。令和X年度は、新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）の全国的な発生に伴い学内実習へ学びの場を変更し、臨床現場に近い環境の中で学生はシミュレーターを用いた紙面事例を通して看護過程の展開を行った。

A大学では、これまでにクリティカルケア看護実習での看護過程のアセスメントにおいて、学生が感じる困難感や協同学習に対する認識を把握したことはない。また、クリティカルケア看護実習ではアセスメントの枠組みにマージョリー・ゴードンの機能的健康パターン（マージョリー・ゴードン, 2006）を使用している。そのパターン毎にアセスメントの困難感やその程度を詳細に示した研究は見当たらない。

本研究の目的は、クリティカルケア看護実習を終えた学生が抱く看護過程のアセスメントに対する困難感の特徴と協同学習の認識に対する実態を明らかにすることである。本研究から得られた成果から、今後のクリティカルケア看護関連科目の授業方法改善への示唆を得ることにつながる。

用語の定義

・看護過程のアセスメント：アセスメントの思考過程を「観察」「情報の整理」「情報の解釈」「情報の総合」「情報の分析」「問題の統合」の6段階とする（江川, 2019）。本研究では、看護過程のアセスメントを『アセスメント』とした。

・看護過程のアセスメントにおける困難感：本研究では、河村ら（2016）が「1. 看護過程のアセスメント」で示した思考過程の6段階について困難内容を明らかにした質問項目を用いて、看護過程のアセスメントにおける困難感とした。

・協同作業と協同作業の認識：協同作業とは他者と協同して何らかの課題を達成しようとするものである（長濱ら, 2009）。本研究では、長濱ら（2009）が示した協同効用、個人志向、互惠懸念の3因子で構成された質問項目を用いて、協同作業の認識とした。

1) 沖縄県立看護大学

II. 研究方法

1. 対象者

令和 X 年度クリティカルケア看護実習を履修し、成績評価が確定した A 大学 4 年次 82 名に対し調査を実施し、24 名から回答を得た（回答率：29.3%）。そのうち、質問項目のすべてが回答されているものを分析対象とし、24 名を有効回答（有効回答率：100%）とした。

2. クリティカルケア看護実習（学内実習）の概要

クリティカルケア看護実習（2 単位）は、4 年次前期開講の授業で周手術期看護の実習を行っている（5～7 月）。令和 X 年度は COVID-19 の影響で、施設が学生の受け入れができない状況になり、急遽、学内実習へ変更となった。

1) 周手術期のシナリオ作成

クリティカルケア看護に関わる教員 3 名で、周手術期の事例の内容を検討し、シナリオを作成した。周手術期のアセスメントについては、学生が患者や医療スタッフ、手術室の状況・環境のイメージがしやすいように、手術場面については DVD の視聴を取り入れ補った。

事例は、大腸がんの事例であった。基本情報（氏名、年齢、疾患名、手術名、患者の疾患に対する認識、精神・社会的・経済的背景、家族構成など）を作成した。手術 2 日前に入院し手術後 6 日目までの状況を設定した。

2) 学内実習を行うにあたっての組み立ての意図

学内実習では午前はシミュレーション、午後は看護過程の展開を実施した。シミュレーションでは、学生 1 名が実施している間、その他の学生は観察者として参加した。実施後のディスカッションでは、シミュレーションや報告の場を振り返り、グループメンバーの思考や行動の意図を共有できるように、教員が積極的に発問をした。看護過程の展開では、午前のシミュレーション場面から得た情報を基に、個別でアセスメントを行った後に、カンファレンスでグループワークを実施した。その際、問題と捉えた情報や解釈、予測される問題をメンバーで共有した。アセスメントの方向性が異なる場合は、教員がどの段階で解釈の違いが出たのか、グループメンバーへ発問し、全員が理解し翌日の準備へ進めるように介入した。

3) 学内実習の実際

学内実習は、1 グループ 6 名の学生で 4～5 グループで構成された。各グループに実習指導教員 1 名が配置された。実習室にベッド 5 台を配置し、各病室の環境を作った。実習初日に学生へ事例の基本情報を配布し、午前中はアセスメントの記録整理、午後は事例の手術に関連する DVD の視聴を実施した。2 日目以降は、午前はシミュレーション、午後は看護過程の展開を実施した。シミュ

レーションでは、学生が実施する計画を看護師役の教員へ報告、その後実施、評価を行った。具体的には、各学生が 30 分間看護実践を行った。その内容は、看護計画の報告 5 分、実施 15 分、実施後の報告 5 分、ディスカッション 5 分であった。各ベッドで等身大の全身型マネキンタイプの低機能シミュレーター（以下、シミュレーター）を用い、学生が患者への声掛け、質問をした際は教員が患者役としてコミュニケーションを行った。午後は、午前中に実践した内容、患者の状況を踏まえ、学生が個別でアセスメントを行った。その後、各自で行ったアセスメントの内容をディスカッションするなどグループワークを実施した。

4) 看護過程のアセスメントの枠組み

看護過程のアセスメントの枠組みとして用いたゴードンの機能的健康パターンは（マージョリー・ゴードン、2006）、11 のパターン（健康知覚 - 健康管理、栄養 - 代謝、排泄、活動 - 運動、睡眠 - 休息、認知 - 知覚、自己知覚 - 自己概念、役割 - 関係、セクシャリティ - 生殖、コーピング - ストレス耐性、価値 - 信念）で構成されている。

3. 調査方法と調査時期

調査は、令和 X 年 3 月に Web における Microsoft office の Forms を用いた、自己記入式質問紙調査を実施した。A 大学のメーリングリストを活用し、研究の趣旨および研究協力の説明文を記載し、質問紙調査の Forms の URL を学生メールに添付した。

4. 調査内容

1) 看護過程のアセスメントの困難内容

看護過程のアセスメントの困難内容は、先行研究で明らかにされた困難内容 51 項目を用いて、質問紙を作成した（河村ら、2015）。これらの困難内容は、「A 観察：13 項目」、「B 情報の整理：11 項目」、「C 情報の解釈：22 項目」、「D 情報の総合：1 項目」、「E 情報の分析：2 項目」、「F 問題の統合：2 項目」で構成される（図 1）。困難の程度は、河村ら（2016）の先行研究と同様に 10 段階「1 点：困難の程度が弱い」～「10 点：困難の程度が強い」で調査した。なお、先行研究で調査項目についての妥当性は検討されている。また、質問項目の本研究への使用にあたり、事前に研究者の許諾を得ている。

令和 X 年度は COVID-19 の影響で、臨地実習から学内実習へ変更となったため、「カルテからの情報収集」の 1 項目を省いた 50 項目へ改編した質問項目を用いた。「A 観察」から「C 情報の解釈」は、アセスメントの枠組みとしてゴードンの機能的健康パターン（マージョリー・ゴードン、2006）で構成されている。

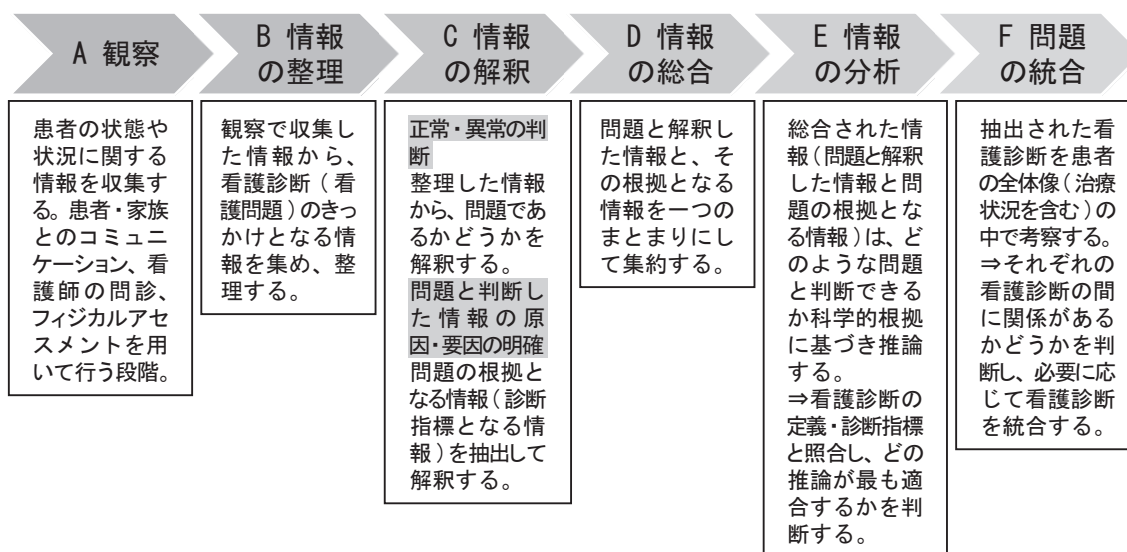


図1 アセスメントの6段階*

*先行研究（江川,2019; 河村ら,2016）の内容を基に作成した。

2) 協同作業認識

先行研究で作成された協同作業認識尺度(長濱ら,2009)を使用した。この尺度は、協同効用(9項目)、個人志向(6項目)、互恵懸念(3項目)の3因子から構成される。18項目に対し、5段階「1点:全くそう思わない」～「5点:とてもそう思う」で調査をした。協同作業認識尺度は、協同効用(協同作業が効果的であると認識)を高く評価し、個人志向(個人作業を好む傾向)と互恵懸念(協同作業による利益を得ることが難しいという認識)を低く評価するほど、協同作業に対する認識が肯定的であると判定される。なお、先行研究において探索的・確証的因子分析が行われ、尺度の信頼性と妥当性は確認されている(長濱ら,2009)。また、尺度の本研究への使用にあたり、事前に研究者の許諾を得ている。

5. 分析方法

1) 看護過程のアセスメントの段階ごとの困難の程度

50項目を「A観察」から「F問題の統合」の6つの段階ごとに分類し、記述統計を用いて、平均値と標準偏差を算出した。

2) 看護過程のアセスメントの機能的健康パターンごとの困難の程度

アセスメントの段階「A観察」から「C情報の解釈」の計44項目を、11の機能的健康パターン毎に整理した。各パターンで(1パターン4項目)記述統計を用いて、平均値と標準偏差を算出した。

3) 協同作業認識

18項目とそれを3因子ごとに分類し、記述統計を用いて、下位因子ごとの平均値と標準偏差を算出した。

6. 倫理的配慮

本研究は、研究者の所属機関の倫理審査委員会の承認

(承認番号:20017)を得て実施した。研究協力を依頼するにあたり、メーリングリストの使用については、A大学事務局長より承諾を得て実施した。また、メールの送信は学生への強制力が働かないように、研究者以外の第3者へ依頼した。

III. 結果

1. 看護過程のアセスメントの困難内容とその程度

1) 50項目の困難の程度(表1)

50項目のアセスメントの困難の程度(平均値と標準偏差)は、 4.92 ± 1.24 点であった。

2) アセスメントの段階ごとの困難の程度(表1)

アセスメントの段階別にみた困難の程度は、「D情報の総合」が 5.83 ± 2.35 点と最も困難の程度が強く、次いで「F問題の統合」が 5.79 ± 2.34 点、「E情報の分析」が 5.75 ± 2.27 点、「C情報の解釈」が 4.92 ± 1.46 点、「A観察」が 4.84 ± 1.32 点と続いた。最も困難の程度が弱かったのは「B情報の整理」で 4.59 ± 1.68 点であった。また、「C情報の解釈」は、「正常・異常の判断」と「問題と判断した情報の原因・要因の明確」の2つに分けられる。「正常・異常の判断」は 4.64 ± 1.47 点だったのに対し、「問題と判断した情報の原因・要因の明確」は 5.19 ± 1.62 点と困難の程度が強かった。

3) 機能的健康パターンごとの困難の程度(表2)

アセスメントの困難内容50項目のうち、アセスメントの段階A観察からC情報の解釈の計44項目を11の機能的健康パターン毎に整理した。「自己覚一自己概念パターン」が 5.56 ± 1.53 点と最も強く、次いで「認知一知覚パターン」が 5.29 ± 1.55 点、「価値一信念パターン」が 5.26 ± 1.60 点であった。逆に、最も弱かったの

表1 アセスメントの困難内容50項目と段階ごとの困難の程度^{*}

(n=24)

アセスメントの困難内容	平均値±標準偏差	
	各項目	各段階
A 観察		
非言語的コミュニケーションにより患者から情報収集	5.46 ± 2.54	
健康知覚-健康管理パターン	4.29 ± 2.05	
栄養-代謝パターン	4.12 ± 1.94	
排泄パターン	3.71 ± 2.03	
活動-運動パターン	4.25 ± 2.23	
睡眠-休息パターン	3.37 ± 1.84	4.84 ± 1.32
認知-知覚パターン	5.54 ± 2.21	
自己知覚-自己概念パターン	5.88 ± 1.99	
役割-関係パターン	4.71 ± 2.03	
セクシャリティ-生殖パターン	6.17 ± 2.50	
コーピング-ストレス耐性パターン	4.92 ± 1.91	
価値-信念パターン	5.67 ± 2.08	
B 情報の整理		
健康知覚-健康管理パターン	4.88 ± 2.54	
栄養-代謝パターン	4.58 ± 2.38	
排泄パターン	3.88 ± 1.99	
活動-運動パターン	4.29 ± 1.99	
睡眠-休息パターン	3.79 ± 1.93	4.59 ± 1.68
認知-知覚パターン	4.96 ± 2.05	
自己知覚-自己概念パターン	5.25 ± 1.94	
役割-関係パターン	4.83 ± 2.04	
セクシャリティ-生殖パターン	4.58 ± 2.15	
コーピング-ストレス耐性パターン	4.42 ± 1.86	
価値-信念パターン	5.08 ± 2.13	
C 情報の解釈		
健康知覚-健康管理パターン	4.46 ± 2.15	
栄養-代謝パターン	4.58 ± 2.17	
排泄パターン	3.96 ± 1.88	
活動-運動パターン	4.33 ± 1.79	
睡眠-休息パターン	4.12 ± 1.65	
認知-知覚パターン	5.04 ± 2.05	
自己知覚-自己概念パターン	5.42 ± 2.17	
役割-関係パターン	4.63 ± 2.06	
セクシャリティ-生殖パターン	4.75 ± 2.23	
コーピング-ストレス耐性パターン	4.67 ± 2.06	
価値-信念パターン	5.12 ± 2.33	4.92 ± 1.46
正常・異常の判断		
健康知覚-健康管理パターン	5.04 ± 2.18	(4.64 ± 1.47 †)
栄養-代謝パターン	5.25 ± 2.36	(5.19 ± 1.62 §)
排泄パターン	4.54 ± 2.15	
活動-運動パターン	5.38 ± 2.08	
睡眠-休息パターン	4.62 ± 1.97	
認知-知覚パターン	5.63 ± 1.77	
自己知覚-自己概念パターン	5.71 ± 1.92	
役割-関係パターン	5.25 ± 1.87	
セクシャリティ-生殖パターン	5.46 ± 1.96	
コーピング-ストレス耐性パターン	5.08 ± 1.89	
価値-信念パターン	5.17 ± 1.90	
D 情報の総合		
問題と考える情報とその原因となる情報を、1つのまとまりに集約	5.83 ± 2.35	5.83 ± 2.35
E 情報の分析		
予測される問題を科学的根拠に基づき推論	5.75 ± 2.63	5.75 ± 2.27
予測される問題を看護診断の定義・診断指標と照合	5.75 ± 2.40	
F 問題の統合		
抽出された問題と問題の関連性があるか判断	5.75 ± 2.33	
必要に応じて問題を統合	5.83 ± 2.41	5.79 ± 2.34
50項目の平均値と標準偏差†	4.92 ± 1.24	

^{*} 各項目で「1点：困難の程度が弱い～10点：困難の程度が強い」の10段階で調査

† A観察「電子カルテから情報収集」の1項目を除く、50項目の平均値と標準偏差

‡ C情報の解釈の正常・異常の判断の平均値と標準偏差

§ C情報の解釈の原因・要因の明確の平均値と標準偏差

表2 機能的健康パターンごとのアセスメントの困難内容とその程度^{*}

(n=24)

アセスメントの困難内容 機能的健康パターン (11項目別) †	平均値±標準偏差
50項目の平均値と標準偏差	4.92 ± 1.24
健康知覚－健康管理パターン	4.67 ± 1.93 †
A 健康知覚－健康管理パターンの情報収集	4.29 ± 2.05
B 収集した情報のうち健康知覚－健康管理パターンの情報整理	4.88 ± 2.54
C 健康知覚－健康管理パターンの情報を正常か異常か判断	4.46 ± 2.15
C 健康知覚－健康管理パターンで、問題と判断した情報の原因・要因の明確	5.04 ± 2.18
栄養－代謝パターン	4.64 ± 1.93 †
A 栄養－代謝パターンの情報収集	4.12 ± 1.94
B 収集した情報のうち栄養－代謝パターンの情報整理	4.58 ± 2.38
C 栄養－代謝パターンの情報を正常か異常か判断	4.58 ± 2.17
C 栄養－代謝パターンで、問題と判断した情報の原因・要因の明確	5.25 ± 2.36
排泄パターン	4.02 ± 1.62 †
A 排泄パターンの情報収集	3.71 ± 2.03
B 収集した情報のうち排泄パターンの情報整理	3.88 ± 1.99
C 排泄パターンの情報を正常か異常か判断	3.96 ± 1.88
C 排泄パターンで、問題と判断した情報の原因・要因の明確	4.54 ± 2.15
活動－運動パターン	4.56 ± 1.59 †
A 活動－運動パターンの情報収集	4.25 ± 2.23
B 収集した情報のうち活動－運動パターンの情報整理	4.29 ± 1.99
C 活動－運動パターンの情報を正常か異常か判断	4.33 ± 1.79
C 活動－運動パターンで、問題と判断した情報の原因・要因の明確	5.38 ± 2.08
睡眠－休息パターン	3.98 ± 1.53 †
A 睡眠－休息パターンの情報収集	3.37 ± 1.84
B 収集した情報のうち睡眠－休息パターンの情報整理	3.79 ± 1.93
C 睡眠－休息パターンの情報を正常か異常か判断	4.12 ± 1.65
C 睡眠－休息パターンで、問題と判断した情報の原因・要因の明確	4.62 ± 1.97
認知－知覚パターン	5.29 ± 1.55 †
A 認知－知覚パターンの情報収集	5.54 ± 2.21
B 収集した情報のうち認知－知覚パターンの情報整理	4.96 ± 2.05
C 認知－知覚パターンの情報を正常か異常か判断	5.04 ± 2.05
C 認知－知覚パターンで、問題と判断した情報の原因・要因の明確	5.63 ± 1.77
自己知覚－自己概念パターン	5.56 ± 1.53 †
A 自己知覚－自己概念パターンの情報収集	5.88 ± 1.99
B 収集した情報のうち自己知覚－自己概念パターンの情報整理	5.25 ± 1.94
C 自己知覚－自己概念パターンの情報を正常か異常か判断	5.42 ± 2.17
C 自己知覚－自己概念パターンで、問題と判断した情報の原因・要因の明確	5.71 ± 1.92
役割－関係パターン	4.85 ± 1.53 †
A 役割－関係パターンの情報収集	4.71 ± 2.03
B 収集した情報のうち役割－関係パターンの情報整理	4.83 ± 2.04
C 役割－関係パターンの情報を正常か異常か判断	4.63 ± 2.06
C 役割－関係パターンで、問題と判断した情報の原因・要因の明確	5.25 ± 1.87
セクシャリティー－生殖パターン	5.24 ± 1.60 †
A セクシャリティー－生殖パターンの情報収集	6.17 ± 2.50
B 収集した情報のうちセクシャリティー－生殖パターンの情報整理	4.58 ± 2.15
C セクシャリティー－生殖パターンの情報を正常か異常か判断	4.75 ± 2.23
C セクシャリティー－生殖パターンで、問題と判断した情報の原因・要因の明確	5.46 ± 1.96
コーピング－ストレス耐性パターン	4.77 ± 1.63 †
A コーピング－ストレス耐性パターンの情報収集	4.92 ± 1.91
B 収集した情報のうちコーピング－ストレス耐性パターンの情報整理	4.42 ± 1.86
C コーピング－ストレス耐性パターンの情報を正常か異常か判断	4.67 ± 2.06
C コーピング－ストレス耐性パターンで、問題と判断した情報の原因・要因の明確	5.08 ± 1.89
価値－信念パターン	5.26 ± 1.60 †
A 価値－信念パターンの情報収集	5.67 ± 2.08
B 収集した情報のうち価値－信念パターンの情報整理	5.08 ± 2.13
C 価値－信念パターンの情報を正常か異常か判断	5.12 ± 2.33
C 価値－信念パターンで、問題と判断した情報の原因・要因の明確	5.17 ± 1.90

^{*}各項目で「1点：困難の程度が弱い～10点：困難の程度が強い」の10段階で調査

†表1のA観察、B情報の整理、C情報の解釈に含まれる項目を、ゴードンの機能的健康パターン毎に整理した。

‡パターン毎に含まれる4つの下位項目(A観察、B情報の整理、C情報の解釈)の平均値±標準偏差

は「睡眠-休息パターン」が 3.98 ± 1.53 点、次いで「排泄パターン」が 4.02 ± 1.62 点であった。

2. 協同作業認識 (表 3)

協同作業認識尺度の 3 つの下位因子の平均値±標準偏

差を算出した。「協同効用」は 4.50 ± 0.44 点、「個人志向」は 2.60 ± 0.69 点、「互恵懸念」は 1.40 ± 0.67 点であった。

表3 協同作業認識[☆]

(n=24)

	協同効用 (9 項目) †	個人志向 (6 項目) ‡	互恵懸念 (3 項目) †
A 大学 4 年次	4.50 ± 0.44 §	2.60 ± 0.69 §	1.40 ± 0.67 §

[☆]3 因子の各項目で「1 点：全くそう思わない～5 点：とてもそう思う」の 5 段階で調査

† 協同効用 (協同作業が効果的であると認識) を高く評価するほど、協同作業に対する認識が肯定的と判定する。

‡ 個人志向 (個人作業を好む傾向) と互恵懸念 (協同作業による利益を得ることが難しいという認識) を低く評価するほど、協同作業に対する認識が肯定的と判定する。

§ 3 因子ごとの項目の平均値±標準偏差

IV. 考察

本研究の目的は、クリティカルケア看護実習を終えた学生が抱く看護過程のアセスメントに対する困難感の特徴と協同作業の認識に対する実態を明らかにすることであった。

1. 看護過程のアセスメントの困難感の特徴

本研究結果では、「D 情報の総合」、「F 問題の統合」、「E 情報の分析」の段階で困難の程度は強く、逆に「A 観察」、「B 情報の整理」、「C 情報の解釈」の段階で困難の程度は弱いことが明らかになった。この結果は、先行研究で示された調査結果と類似した結果であった (河村ら, 2016)。アセスメントは臨地実習を通し、繰り返し学習した経験が、「A 観察」のように学習到達度の向上に繋がっている内容と、「D 情報の総合」、「E 情報の分析」などのように学習を積み重ねても学習効果が得られにくい内容がある。そのため、卒業年次におけるアセスメントの困難の程度は「10 段階のほぼ中央値」であったと示されている (河村ら, 2016)。先行研究では卒業年次の学生を対象に、卒業前の時期に調査を実施している。本研究の調査も卒業年次の 3 月に実施しており、アセスメントの困難の程度は全国的な調査と近似の結果が得られたと考える。

「C 情報の解釈」は、「正常・異常の判断」と「問題と判断した情報の原因・要因の明確」の 2 つの項目に分けられる (河村ら, 2016) が、本研究において「正常・異常の判断」より、「問題と判断した情報の原因・要因の明確」の困難の程度が強かった。正常・異常を判断することは判断基準が明確であり、初学者の学生でも既習学習を通して得た知識を活用して判断できるということが、その要因の一つであると推察する。一方で、「問題と判断した情報の原因・要因の明確」は複雑な思考を必要とする。学生は複数の情報を得た時に、同時に看護診断 (看護問題) を予測し、情報収集・情報整理を繰り返して情報の解釈を行うため、困難の程度が強かったと考

る。

「D 情報の総合」とは、「クラスターごとで行った情報の整理・解釈に従って『根拠とした情報』をそれぞれの看護診断が属するクラスターに命題 (問題名) をつけて集めること」である (江川, 2019)。各パターンの枠組みを超えて、看護問題の明確化や患者の経過の予測などが関連してくるため、学生が困難として捉えていると考える。「E 情報の分析」は、予測される問題を科学的根拠に基づき推論、看護診断の定義、診断指標、関連因子などを理解していなければ困難な作業となる。また「F 問題の統合」とは、「抽出された看護診断を患者の全体像の中で考察し、さらに各々の看護診断の間に関係があるかどうかを判断し、必要に応じて看護診断を統合すること」である (江川, 2019)。これらの段階では、複数の知識を必要とし、推論・統合する能力が求められる段階である。患者を理解し看護診断へ導くためには、解剖生理学や病態学、薬理学等の基礎医学の分野、発達段階や疾病の理解とそれに伴う治療や検査、心理・社会的背景、中範囲理論などの様々な知識を必要とする。クリティカルシンキングを用いる段階であり、学生はより複雑な思考を求められるため、困難の程度が強かったと考える。

以上のことから、アセスメントにおいて学生が感じる困難感の特徴は「D 情報の総合」、「F 問題の統合」、「E 情報の分析」の段階で強いことが示されたと考える。

2. 機能的健康パターン別でみた困難感の特徴

A 大学のクリティカルケア看護実習では、アセスメントの枠組みとしてゴードンの機能的健康パターンを用いている。この枠組みは 11 のパターンで構成され、「健康知覚-健康管理パターン」からアセスメントして、患者の健康に対する全般的な認識、健康管理法・予防活動に関するデータを入手し、その後、「栄養-代謝パターン」から「睡眠-休息パターン」の 4 つの生理的領域が続き、後半に「認知-知覚パターン」から「価値-信念パターン」の 6 つの心理的・社会的領域となっている。これまでに機能的健康パターンごとにアセスメントの困難感や

その程度を詳細に示した研究は見当たらない。パターン毎の困難感を明らかにすることは、今後の授業内容の具体的な改善点につながると考える。

本研究結果は、学生は自己の概念や価値観、ボディイメージや情動を示す「自己知覚-自己概念パターン」や感覚-知覚と認知の状態を示す「認知-知覚パターン」に対して困難の程度を強く感じており、全体を通して心理的・社会的な領域において困難の程度が強かった。

今回の学内実習では、学生全員が同じ紙面事例で看護過程を展開した。ロールプレイではシミュレーターを用い、教員が患者役としてコミュニケーションを行った。その中で教員は、患者役と教員としての役割を担わなければならないことから、声色やトーン、表情などリアリティのある表現が難しく、学生からの予期しない質問に十分に答えられなかったのではないかと考える。先行研究では、ロールプレイの特徴として「再現性に限界があり、患者役や看護師役を演技するための知識や技術が不足していると学びは深まりにくい」ことが指摘されている(小西, 2013)。本研究においても、シミュレーターでは十分な表現が難しく、術後疼痛や意識レベルの評価を行う「認知-知覚パターン」において、学生は獲得したい情報をうまく得られず、困難感が強まったと考える。特に「認知-知覚パターン」では、表情や身体の姿勢、腕や肩の位置などに関する非言語的な手掛かりも必要となるため、シミュレーターからの情報収集には限界があり、困難の程度が強まったと考える。以上の課題を踏まえ、今後の授業内容への示唆として、学生が情報を的確に捉えるためにも、表情や声色、仕草などリアリティのある表現を含めた、より詳細なシナリオを作成するなど改善が必要である。シミュレーターは自発的な動きができないため、患者役を担う教員が多くの患者と関わった経験を活かして、シナリオに合わせて意図的に改善が必要である。また、先行研究では、模擬患者の活用により、学生が再現性のあるイメージが可能になり、患者との対人関係やコミュニケーションスキルの育成に有効であることも報告されている(小西, 2013)。よって、場面によっては、シミュレーターのみならず、模擬患者を活用するなど、段階に応じたシミュレーション教育方法を選択し、強みを活かして高い教育効果を得ることにつなげることが重要である。さらに、臨地実習では他者の実践場面を観察することがない。今回の学内実習ではグループメンバーの実践とグループワークで思考を共有する機会がある。前述した非言語的な手掛かりを得るためには五感で感じ汲み取るという、学力だけでなく、これまでの経験も含めた総合的な能力が必要とされる。そのため、自分では気づきにくいことをグループで共有し教え合うことにより、どのような視点や観察が必要なのかを、グループメンバーから学ぶことが多くある。協同学習は学生同士が協力的な関係を持ち、学びを深めあう効果が期待されている(長濱ら, 2009)。これまでの個人

としての臨地実習から、グループとしての学内実習へ学習環境が変化したことによって見出された新たな学習効果だと考える。

また「栄養-代謝パターン」、「活動-運動パターン」、「排泄パターン」の困難の程度は、11の機能的健康パターンの中では弱く、先行研究の研究結果(河村ら, 2016)と類似していた。しかし、河村らの研究結果と比較し、本研究結果は困難の程度の得点が高かった。クリティカルケア看護実習では周手術期に焦点を当て、ムーアの術後患者の生体反応と回復過程(林ら, 2019)に沿って思考を整理し、看護過程を展開する。術後は様々な生体反応(身体面、心理面、社会面)が、経過とともに目まぐるしく変化し、顕在化した問題と潜在的な問題を捉え、合併症の予防と早期対処が重要である。術後合併症の多くは「栄養-代謝パターン」、「活動-運動パターン」、「排泄パターン」にクラスタリングされる情報から推察される合併症であり、病態生理学・薬理学・栄養学・疾病論など、あらゆる分野の情報を総合的に捉え、より細やかなアセスメントが求められる。このことから、実習に臨む前に演習や実習での効果的な学習の準備として、事前学習などを通して活用する理論や知識など重要なポイントを押さえ、既習学習の内容を振り返る機会を作ること、その知識や経験を次の授業でどのように活用するのか具体的な方法を示すことが必要だと考える。

以上のことから、機能的健康パターン別でみた困難感の特徴は、心理的・社会的領域において困難の程度が高く、周手術期の術後合併症と関連の深いパターンで先行研究よりも困難感が強いと示されたと考える。

3. 協同作業認識の特徴

クリティカルケア看護実習における学生の協同作業認識は、看護学生を対象にした研究結果(水落ら, 2017; 會田ら, 2017)と比較し、本研究の方が協同効用、個人志向、互惠懸念の認識に関して肯定的であった。「学生は一般的に、協同作業は効果的であるという肯定的な認識(協同効用)を持っているが、大学生生活や社会生活を通して、協同効用の認識がさらに高まり、個人志向と互惠懸念の認識が低下する」との報告がある(長濱ら, 2009)。本研究の対象は、学年を重ねるごとに、講義・演習・実習科目でグループワークを繰り返していることも協同作業認識に対して肯定的な結果が得られた要因であると考えられる。さらに、臨床実習の場合は各学生が1名の患者を受け持ち、アセスメントを行い、グループで情報の共有は行うが、各学生の考え方などは深く聞く機会は少ない。しかし、今回の学内実習では、学生が同じ患者を受け持ち各自のアセスメントを基に、カンファレンスの中でグループワークを実施した。それを通して、学生同士の考え方の相違や患者に対するアセスメントの深まりなどを学べたことが、今回の結果につながったのではないかと考える。成人実習におけるグループ活動の効果を示した先行研究(松田ら, 2012)では「学生にとってグ

ループ活動が実習中の緊張を解きほぐし、仲間と心を通わせ力を合わせる有効な働きかけになった」と報告されており、学内実習での協同学習の効果が示された。以上のことから、協同学習の認識に関する特徴として、先行研究と比較し肯定的な結果が示されたと考える。

本研究の限界として、4年次の卒業時期に調査を行ったことで研究協力人数が少なく、十分なデータを得ることができなかった。また、質問紙調査では、学生のアセスメントに対する困難感や協同作業認識に関する具体的な内容を把握することには限界があった。今後はインタビュー調査で学生の傾向や困りごとを把握し、それに合わせた支援を行っていく。

V. 結論

1. アセスメントの段階で困難の程度が強かったのは「D情報の総合」、「F問題の統合」、「E情報の分析」であった。また、「C情報の解釈」は、「正常・異常の判断」よりも「問題と判断した情報の原因・要因の明確」の方が、困難の程度が強かった。
2. 機能的健康パターン別でみた困難の程度は、生理学的な領域において困難の程度が弱く、心理的・社会的領域において困難の程度が強かった。
3. 協同作業に対する認識は肯定的であった。

VI. 謝辞

本研究にご協力を賜りましたA大学4年次の学生の皆さまに心より感謝申し上げます。本研究は、沖縄県立看護大学学長奨励教育研究費の助成を受け、実施した。本研究における利益相反は存在しない。

VII. 文献

- 會田信子, 三好沙知, 河地美紀他. (2017). A大学看護学生の協同学習に対する認識と影響要因. 医学教育, 48(2), 59-69.
- 江川隆子 (編). (2019). ゴードンの機能的健康パターンに基づく看護過程と看護診断. 第6版. ヌーヴェルヒロカワ.
- 林直子, 佐藤まゆみ (編). (2019). 成人看護学 急性期看護 I - 概論・周手術期看護 (pp36-39). 改訂第3版. 南江堂.
- 河村治代, 小松妙子. (2015). 看護過程のアセスメントにおける困難な内容と困難に影響する要因. 岐阜看護研究会誌, 7, 75-86.
- 河村治代, 小松妙子. (2016). 卒業年次の学生が看護過程のアセスメントで感じている困難の程度. 岐阜看護研究会誌, 8, 13-22.
- 小西美和子. (2013). 学生の学びをつないでいくためのシミュレーション教育の位置づけ. 看護教育, 54(5), 354-360.
- マージョリー・ゴードン. (1998/2006). 江川隆子 (監

- 訳), ゴードン博士の看護診断アセスメント指針 よくわかる機能的健康パターン. 第2版. 照林社.
- 松田麗子, 牧野典子. (2012). 保健看護学科成人看護学実習のグループ活動における協同的な学びの効果. 中部大学教育研究, 12, 99-104.
- 水落幸, 高橋ゆかり. (2017). 看護学生の協同作業認識と対人不安および対人関係能力との関連. ヘルスサイエンス研究, 21(1), 67-71.
- 長濱文与, 安永悟, 関田一彦他. (2009). 協同作業認識尺度の開発. 教育心理学研究, 57, 24-37.
- 日本看護科学学会. 看護学学術用語検討委員会. n.d. JANSpedia-看護学を構成する重要な用語集-. 看護過程. [https://scientific-nursing-terminology.org/terms/nursing process/](https://scientific-nursing-terminology.org/terms/nursing_process/), (2023年1月31日閲覧)