

# 術前患者教育における情報提供の実態について

佐藤 正美      穴戸 栄子      有藤 由理      谷本真理子  
宮本千津子      菊地 珠緒      坂田 直美

## 要 旨

術前患者に対する患者教育の中で、術後の状況、術後予測される装着物の必要性、さらにその後の変化についての情報を、どの程度患者に提供しているのか実態を把握する目的で調査を行った。

6施設197名の分析の結果、看護婦個々によって、提供する情報がかなり異なることが明らかとなった。疾病や術式に関わらず術後に予測される状況については、必要性も含めて話す傾向が認められたが、術式が具体的に理解していないとわからなかったり、意識が戻らない時のことについては話さない傾向にあった。術後に状況はどう変化するかについては、医師が術後の病状で判断する内容は、話さない傾向にあった。

以上より、話すことには、経験および病状や治療の知識が影響していることが示唆された。

キーワード：患者教育、情報提供、術前教育、術前オリエンテーション

Patient education, information, preoperative education

## I. はじめに

術前患者への看護は、手術侵襲に対して、患者の持つ自然治癒力を最大限に発揮して克服し、順調な回復過程がたどれるよう、心身ともに最良の状態に準備することである<sup>1)</sup>。

術前患者教育は、主に術前オリエンテーションと呼ばれ、おもに手術当日までに実施されるもので、本人にとって必要な検査や治療や術前の訓練、あるいは手術直後に行われる処置や生活上の規制などに関することの指導<sup>2)</sup>、マニュアル化されていることが多い<sup>3)</sup>。

このように術前オリエンテーションが行われるようになった背景には、Janis (1977) の研究の影響が大きいといえる。Janis<sup>4)</sup> は、「予期的不安」が高度または低度の手術患者は、恐れが中等度の患者よりも思わしくない術後結果を示したと述べている。間近に迫ったストレスを感じるできごとについて、あらかじめ正しい情報を提供することは、それを処理する際の自己コントロール感と対処法とに影響を及ぼすことが明らかとなった。さらに、正確な、一貫した具体的情報を提供することにより、術前後の課題の実行を助け、否定的考えや誤解を少なくし、

自己コントロール感を助長することが報告された<sup>5)-8)</sup>。これらの研究から術前オリエンテーションはルーチン化し<sup>9)</sup>、実施されるようになった。しかし実際には、その患者の反応、疾患や術式を考慮しながら、看護婦個々が行っており、どのような患者に、どの具体的情報を提供しているのかについては、千葉ら<sup>10)</sup>も述べているように、十分探求されていないのが現状である。

そこで本研究では、術前患者教育を再検討するための基礎情報を得る目的で、術前患者教育としての術前オリエンテーションの中で、実際にどのような情報を、どの程度提供しているのかについて調査を行った。

## II. 研究方法

### 1. 対 象

病床数120床以上でかつ調査の承諾が得られた病院で、手術予定患者および術後患者が入院している病棟に勤務する看護婦

### 2. 調査方法

質問紙による郵送調査

### 3. 調査期間

平成8年2月20日～3月25日

#### 4. 調査内容

全麻下で手術予定の術前患者を対象に行う術前オリエンテーションの中で提供する情報、①術後の状況に関すること（12項目）、②術後予測される装着物の必要性に関すること（6項目）、③術後状況の変化に関すること（9項目）、④術後鎮痛に向けてどう援助するか（1項目）、⑤術後必要な運動機能訓練に関すること（1項目）、⑥術前準備患者教育に関わる看護婦の基礎情報（年齢、看護婦歴、当病棟の勤務歴、学歴）を、年齢と看護婦歴、勤務歴以外の質問について、①②③は、「ほとんど全員話す」「多くに話す」「あまり話さない」「だれにも話さない」の4段階、④⑤は、5段階の順序尺度で回答を得た。

#### 5. 分析方法

各項目別に、説明頻度の割合を算出し比較検討し、傾向を分析した。またその説明頻度と看護歴、および勤務歴との関連を検討した。さらに、各項目間での説明頻度の関連を検討した。統計処理は、統計学プログラムパッケージSPSSを使用し、t検定およびピアソンの積率相関係数、一元配置分散分析とF検定を用いた。

### IV. 結果

質問紙を配付した231名に対し、回収数は198名（回収率85.7%）であった。そのうち、質問項目1つのみの解答だった1名を除く197名を分析の対象とした。

#### 1. 対象の概要

対象病院は6病院で、その内訳は私立大学病院1、国公立病院3、医療法人系病院2であった。病棟の内訳は整形外科病棟が2棟、その他一般外科病棟が9病棟であった。

対象看護婦の平均年齢は27.4±6.1歳（21～54歳）、看護婦歴は5.8±5.4年（1年未満～30年）、勤務歴は3.0±2.7年（1年未満～16年）であった。学歴は看護学校（3年課程）卒70.1%、看護学校（2年課程）卒17.8%、看護系短期大学卒6.1%、准看護学校卒4.1%、その他0.5%、不明1.5%であった。

#### 2. 術後の状況に関する説明（図1）

すべての項目で、「ほとんど全員話す」と回答した人がいた。『バルンカテーテル』『どこの部屋へ移動する』『胃チューブ』の順で説明される頻度が高かった。「ほとんど全員話す」「多くに話す」と回答した人が半数に満たなかったのは、『どこにドレーンが入る』と『ECGモニター装着』『何本のドレーンが入る』『創部の覆われ方』であった。また、「だれにも話さない」の回答が多かった項目も同様に、『創部の覆われ方』『何本のドレーンが入る』『ECGモニター装着』であった。

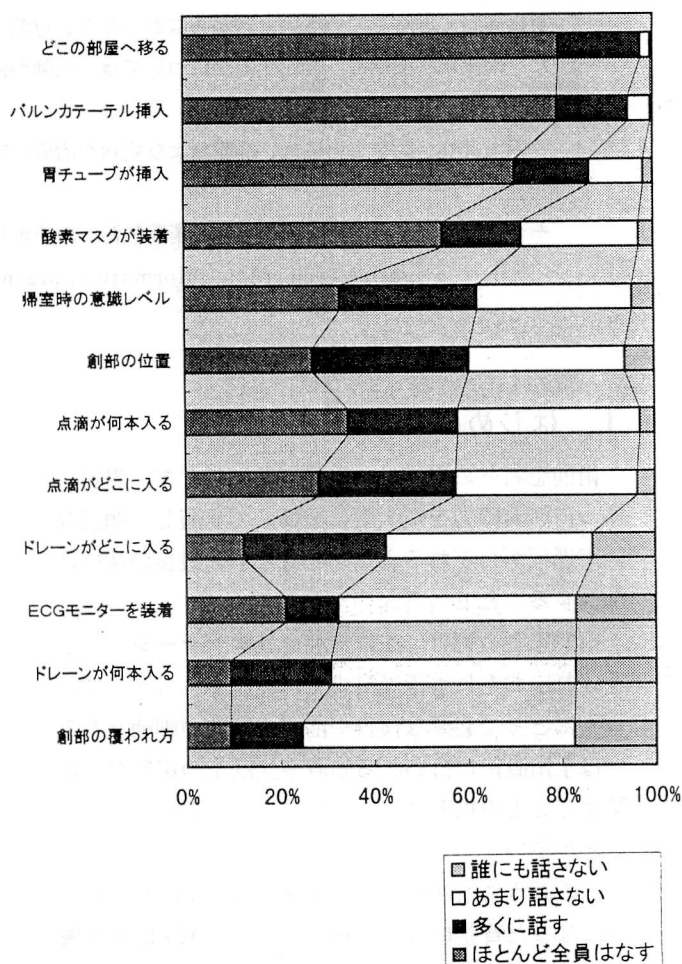


図1 術後の状況に関する説明 (n=197)

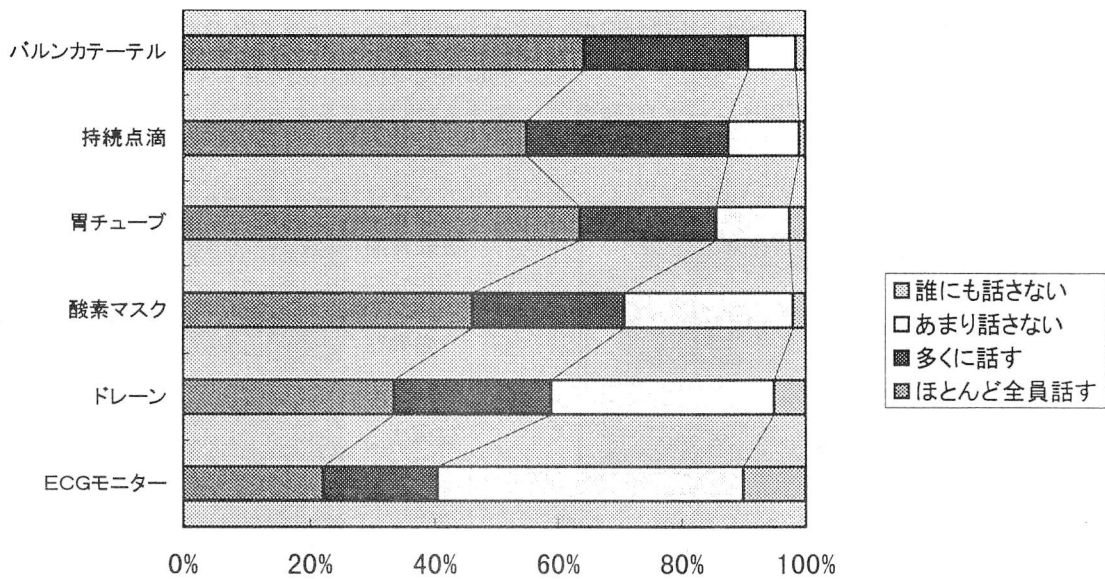


図2 術後の装着物に関する必要性の説明 (n=197)

### 3. 術後予測される装着物の必要性に関する説明 (図2)

すべての項目で、「ほとんど全員話す」と回答した人がいた。『バルンカテーテル』『持続点滴』『胃チューブ』の順で説明される頻度が高かった。「ほとんど全員話す」「多くに話す」と回答した人が半数に満たなかったのは、『ECGモニター』のみであった。

### 4. 術後状況の変化に関する説明 (図3)

すべての項目で、「ほとんど全員話す」と回答した人がいた。『動くことができる時期』『バルンカテーテル抜去時期』『胃チューブ抜去時期』の順で説明される頻度が高かった。「ほとんど全員話す」「多くに話す」と回答した人が半数に満たなかったのは、『創痛がピークの時期』『ドレーン抜去時期』『ECGはずす時期』であった。

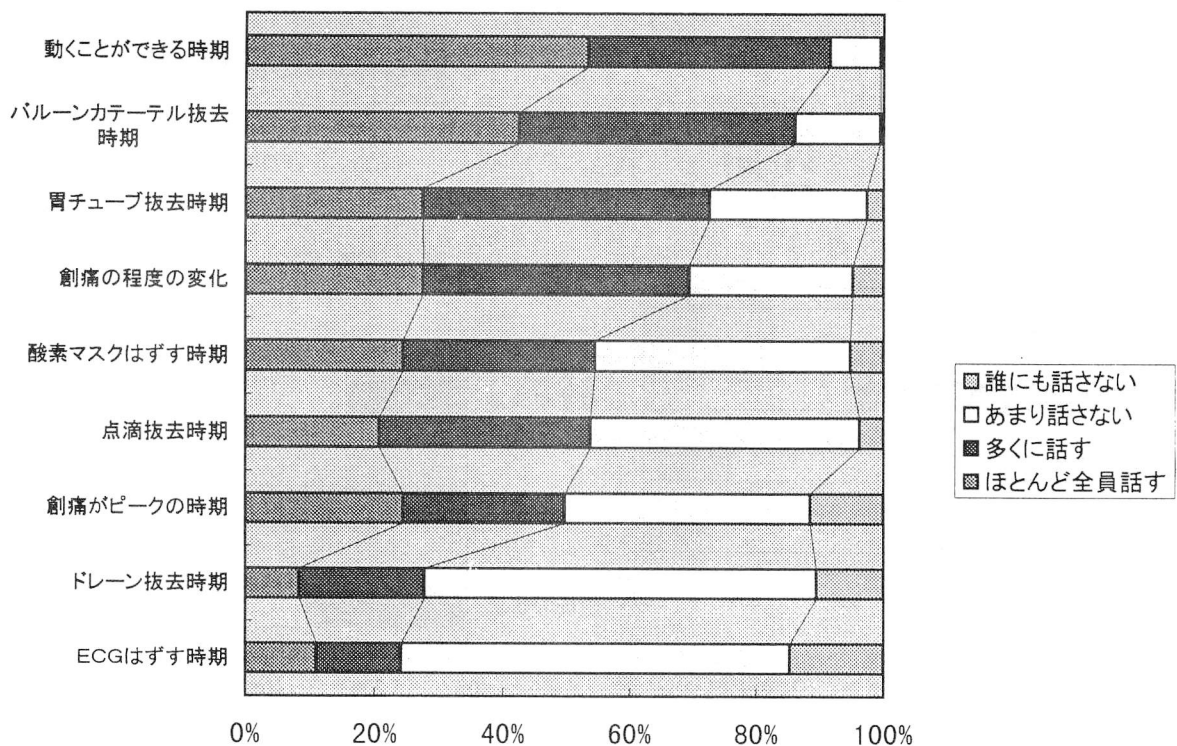


図3 術後状況の変化に関する説明 (n=197)

5. 各装着物別の術後の状況、必要性、術後状況の変化の説明(図4~9)

『バルンカテーテル』『点滴』『胃チューブ』『酸素

マスク』『ドレーン』『ECGモニター』の各装着物別に術後の状況、必要性、および術後状況の変化に関する説明頻度をまとめた。

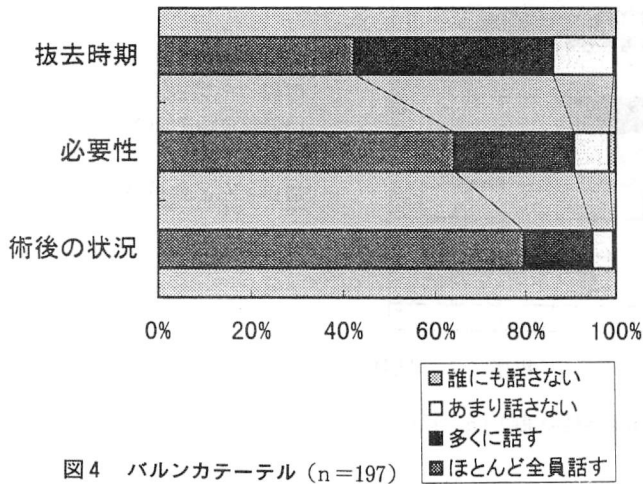


図4 バルンカテーテル (n=197)

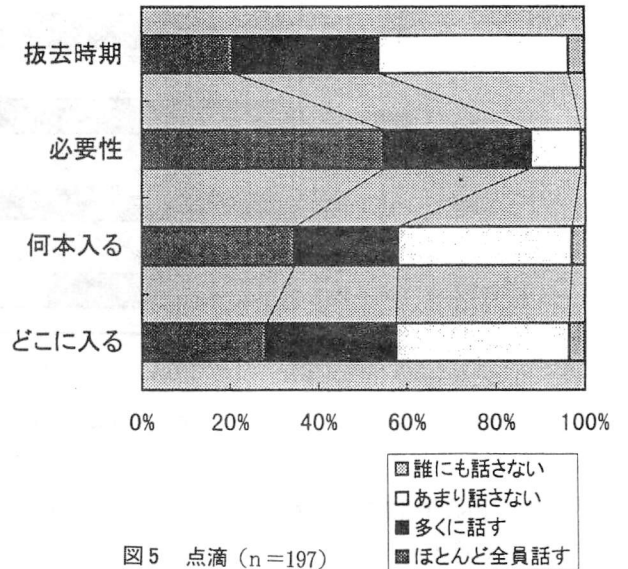


図5 点滴 (n=197)

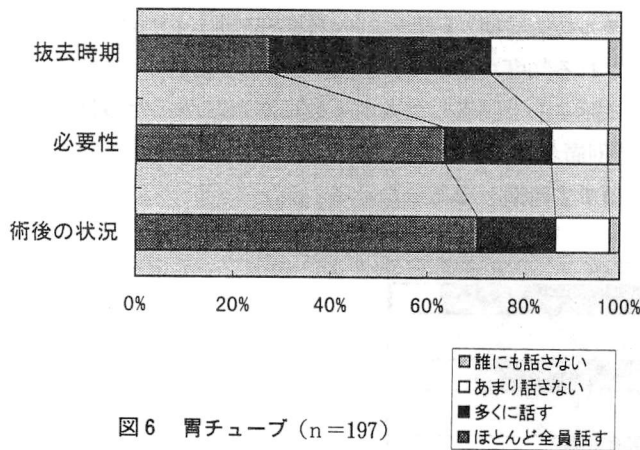


図6 胃チューブ (n=197)

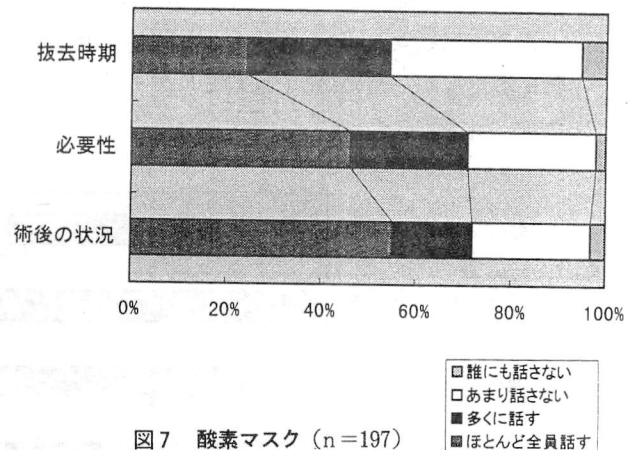


図7 酸素マスク (n=197)

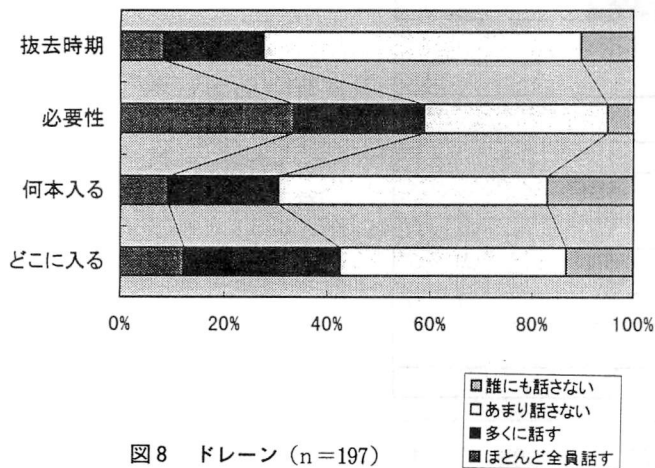


図8 ドレーン (n=197)

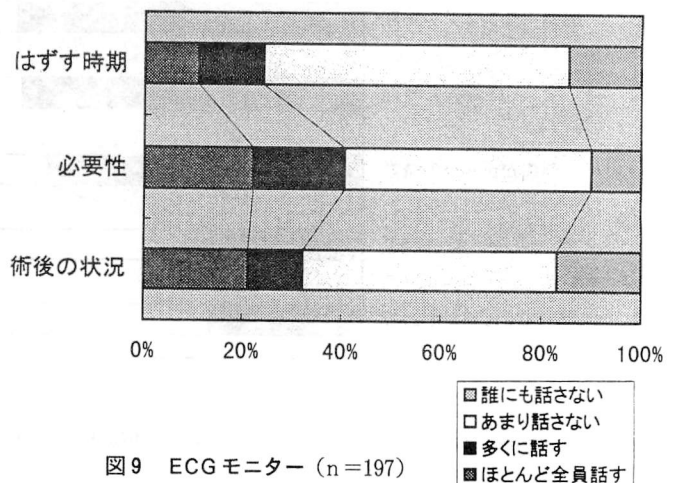


図9 ECGモニター (n=197)

状況、必要性、術後状況の変化の順で少しずつ説明頻度が低くなっているのは、『バルンカテーテル』『胃チューブ』『酸素マスク』であった。『ECG』と『ドレーン』『点滴』は、状況として説明するよりも、必要性を説明する人のほうが多かった。

#### 6. 鎮痛に対する援助と術後機能訓練について

術後の疼痛に対する医療者の対処方法の説明については、『痛みがあったらすぐに呼んでくださいと伝え、どのように対応するのかということまでは説明しない』が6.2%、『投与方法までは示さないが、痛み止めがすでに用意されていることを説明する』が30.3%、『具体的な投与方法を示して、創痛に対する対処が行われている事を説明する』が43.1%、『まず初めに使用した鎮痛剤で効果が得られなかつ

たとき、次の方法も準備されているということの説明する』が19.0%であった。

術後に必要となる運動機能訓練の説明は、『術前には説明しない』10.9%、『どのような運動が必要になるというくらいは説明する』44.6%、『必要な運動について、具体的にはどのようにするのかを説明する』9.8%、『必要となる運動の具体的な方法と、術後いつ頃から始めるのかを説明する』17.6%、『どのような運動をどのようにするのか、また、術後いつ頃からどのようなスケジュールで進めていくのかを説明する』15.5%であった。

#### 7. 各項目別の説明頻度と看護歴および勤務歴との関連(表1)

①術後の状況に関すること、②術後予測される装

表1 各項目別の説明頻度と看護歴および勤務歴との関連

		看護歴(年)			勤務歴(年)		
		話す	話さない	t 値	話す	話さない	t 値
術後状況	点滴何本入る	6.85	4.40	3.30**	3.22	2.67	1.44
	点滴どこに入る	7.13	4.09	4.27**	3.16	2.75	1.08
	バルンカテーテルが挿入	6.00	2.60	4.55**	3.07	1.70	1.55
	胃チューブが挿入	6.16	3.73	3.24**	3.21	1.96	3.30**
	酸素マスクを装着	6.47	4.43	2.36*	3.24	2.57	1.50
	帰室時の意識レベル	6.68	4.45	3.06**	3.29	2.59	1.69
	ドレーンがどこに入る	6.94	4.96	2.44*	3.25	2.83	1.04
	ドレーンが何本入る	7.86	4.82	3.16**	3.57	2.78	1.65
	ECGモニターを装着	8.12	4.69	3.65**	3.00	2.98	0.06
	創部の覆われ方	8.98	4.77	3.66**	3.93	2.71	2.11*
	創部の位置 どこの部屋へ移る	6.78 5.89	4.42 3.60	3.24** 0.92	3.23 3.02	2.68 2.20	1.44 0.66
必要性	持続点滴	6.05	4.04	1.69	3.13	2.46	1.12
	バルンカテーテル	6.01	3.94	1.54	3.13	1.94	1.76
	胃チューブ	6.19	3.64	3.65**	3.16	2.11	3.07**
	酸素マスク	6.61	3.75	4.14**	3.38	2.18	3.23**
	ドレーン	6.55	4.72	2.35*	3.23	2.68	1.35
	ECGモニター	7.37	4.59	3.37**	3.29	2.74	1.27
術後状況変化	点滴抜去の時期	6.42	4.87	2.04*	3.20	2.57	1.61
	バルンカテーテル抜去の時期	5.89	5.37	0.46	3.14	2.19	2.15*
	胃チューブ抜去の時期	6.34	4.51	2.55*	3.28	2.32	2.16*
	酸素マスクをはずす時期	6.75	4.70	2.73**	3.04	2.85	0.49
	ドレーン抜去の時期	7.73	5.15	2.47*	3.10	3.00	0.22
	ECGモニターをはずす時期	8.30	5.06	2.92**	3.24	2.92	0.56
	創痛がピークの時期	6.63	5.05	2.01*	3.24	2.80	1.10
	創痛の程度の変化 動くことができる時期	6.11 5.85	5.46 6.13	0.75 0.19	3.33 3.12	2.38 2.00	2.15* 1.52

\* ;P < 0.05

\*\* ; p < 0.01

着物の必要性に関すること、③術後状況の変化に関すること、それぞれの項目の回答を、「ほとんど全員話す」と「多くに話す」の話す傾向のグループと、「あまり話さない」と「だれにも話さない」の話さない傾向の2グループに分け、看護歴および勤務歴の平均値の差のt検定を行った。年齢は、看護歴と高い相関 ( $r=0.95$ ,  $p=0.000$ ) があることが認められた。本研究では、臨床経験との関連を明らかにしたいため、臨床経験を厳密に示している看護歴を用いて分析することとした。

『動くことができる時期』の看護歴は、有意差はないもの話す傾向のグループの方が平均年数が低かったが、他の項目はすべて話す傾向のグループの方が、話さない傾向のグループより、看護歴・勤務歴とも平均年数は高かった。

その中でも看護歴に有意差が認められたのは、術後の状況は、『どこの部屋に移るか』を除くすべての項目であった。術後予測される装着物の必要性では、『持続点滴』と『バルンカテーテル』を除く全

項目であった。術後状況の変化では、『バルンカテーテル抜去時期』と、『創痛の程度の変化』、『動くことができる時期』以外の全項目であった。

勤務歴に有意差が認められたのは、術後の状況では、『胃チューブが挿入される』と、『創部はどのように覆われているか』であった。術後予測される装着物の必要性では、『胃チューブ』と『酸素マスク』であり、術後状況の変化では、『バルンカテーテル抜去時期』、『胃チューブ抜去時期』、『創痛の程度の変化』であった。

④鎮痛に対する援助と⑤術後機能訓練については、一元配置分散分析でF値をもとめ、検定を行った。その結果、それぞれ看護婦歴では、 $F=2.247$  ( $P=0.084$ ),  $F=2.231$  ( $P=0.067$ ) 勤務歴では、 $F=0.899$  ( $P=0.443$ ),  $F=2.11$  ( $P=0.081$ ) となり、有意な関連は認められなかった。

## 8. 各項目間の関連(表2)

術後の状況の12項目間、術後予測される装着物の

表2 術後の状況各項目間の関連(相関係数)

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.
1. 点滴何本入る											
2. 点滴どこに入る	.620**										
3. バルンカテーテルが挿入	.173*	.164*									
4. 胃チューブが挿入	.113	.230**	.530**								
5. 酸素マスクを装着	.267**	.315**	.445**	.186*							
6. 掃室時の意識レベル	.416**	.394**	.279**	.149*	.430**						
7. ドレンがどこに入る	.369**	.425**	.243**	.189**	.373**	.412**					
8. ドレンが何本入る	.426**	.476**	.261**	.264**	.392**	.363**	.784**				
9. ECGを装着	.378**	.420**	.267**	.284**	.429**	.340**	.355**	.461**			
10. 創部の覆われ方	.419**	.513**	.196**	.211**	.328**	.446**	.510**	.602**	.423**		
11. 創部の位置	.350**	.453**	.328**	.303**	.342**	.412**	.553**	.513**	.365**	.565**	
12. どこの部屋へ移る	.186*	.100	.587**	.423**	.333**	.229**	.164*	.176*	.148*	.176*	.235**

\*;  $p < 0.05$  \*\*;  $p < 0.01$



必要性の6項目間、術後状況の変化の9項目間で、それぞれの順序尺度で得られた回答を、各項目間の自然な順序を順位として得点を与え、相関係数をもとめた。

術後の状況の12項目間では、ほとんどの項目間で正の相関があることが認められ、ある項目について説明する人は、他の項目についても説明する傾向にあった。相関があるとはいえなかったのは、『胃チューブが挿入される』と『点滴が何本入るか』、『点滴がどこに入るか』と『どこの部屋に移るか』であった。

術後予測される装着物の必要性の6項目間では、 $r=0.288\sim r=0.618$  (いずれも  $p<0.001$ ) となり、すべての組み合わせで相関があることが認められた。ある装着物の必要性について説明する人ほど、他の項目についても説明する傾向にあった。

術後状況の変化の9項目間では、 $r=0.287\sim r=0.653$  (いずれも  $p<0.001$ ) となり、すべての組み合わせで相関があることが認められた。ある状況の変化について説明する人ほど、他の項目についても説明する傾向にあった。

## V. 考 察

### 1. 術前オリエンテーションで看護婦が提供する情報

術前オリエンテーションは、病院独自の術前オリエンテーション用紙などを利用して実施されているが、看護婦個々によって、提供する情報がかなり異なることが明らかとなった。パンフレットなどは、前準備として初歩的な情報を与えるのに用いるものであり<sup>1)</sup>、その具体的な活用となると、個々の看護婦のやりようということであろう。

術後の状況について全般的によく説明されているものは、疾病や術式に関わらず術後に予測される状況であった。『バルンカテーテルの挿入』は、全麻下の手術の術後には必ず入ってくるものであるし、『どこの部屋に移るか』ということは、各病棟で取り決められていることであろう。また、『胃チューブ』も、消化器系の手術であれば、必ず入ってくるものである。『酸素マスク』も術後必ず実施することといえるが、通常、酸素マスクを装着している期間は本人の意識がまだ戻らないことが多い時期と考えられ、そのため、説明されることが少ないと考えられる。また、『ECGモニターの装着』に関しては、術後必ず装着するものではなく、装着期間は、本人

の意識がまだ戻らないことが多い時期と考えられ、説明されることが少ないと推察される。

術後の状況について全般的に説明されていないものは、『どこにドレーンが入る』など、どのような術式の手術が予定されているのかということや、治療方針および本人の病状などについて理解されていないと説明できない内容といえる。また、『何本のドレーンが入る』などのように、ある程度は予測できるが、手術中の経過によって左右される内容のものもあった。術後の状況に関する説明では、病状や治療の知識が影響しているといえる。

予測される装着物の必要性は、多くの項目に関してよく説明されている傾向にあった。また、状況としてよく説明されている『バルンカテーテル』『胃チューブ』は、その必要性もよく説明されていた。なぜそうなるのかということ併せて、術後の状況を説明していることがうかがえる。『点滴』は、術後の状況として『何本入る』『どこに入る』など、具体的な情報はあまり説明されていない傾向であったが、必要性に関しては多くの人が説明していた。このことから、具体的な様子まで説明はしないものの、点滴が入ることに関してはその必要性も併せて説明する傾向にあると推測できる。『ドレーン』は、必要性が「ほとんど全員話す」と「多くに話す」と回答した話す傾向の人が約60%と少なく、『何本入る』『どこに入る』など、具体的な情報もあまり説明されない傾向であった。このことから、ドレーンが入ることはあまり説明されない傾向にあるといえる。

術後状況の変化では、『動くことができる時期』は、患者に回復の目安を示す内容と考えられる。これについて、最も説明されている傾向にあったことは、『動ける』というおおまかではあるが、患者に回復の目安を示しているといえる。『バルンカテーテル抜去時期』と『胃チューブ抜去時期』は、術後の状況、必要性でも説明される傾向のものであったため、その抜去時期も併せて説明されていると考えられる。また、『バルンカテーテル抜去時期』は、動くことができるとトイレにも行けるようになり、バルンカテーテルが抜去されることから、『動くことができる時期』とかなり密接に関連しているため、説明される傾向があったと考えられる。あまり説明されていないものでは、『ECGをはずす時期』があったが、これは、術後の状況、必要性とも説明されて

いない傾向にあったためと考えられる。また、『ドレーン抜去時期』や『点滴抜去時期』は、治療として医師が判断することで、ある程度の目安はあるが、術後の状態で決定されるものであり、確信が持ちにくい情報といえる。『創痛ピークの時期』は、その術式や術中経過など把握していないとアセスメントしにくい内容であり、また痛みという個別性のあるものといえる。近年、術後の鎮痛対策の積極的な対処（治療）から、創痛が出現する前に、持続硬膜外麻酔などによって鎮痛処置をする傾向にある<sup>12) 13)</sup>ためから、創痛がピークの時期を限定できなかつたり、説明する必要性があまりないと判断されたことが理由とも考えられる。

すべての項目で「ほとんど全員話す」の回答があったことより、これらの内容はすべて、決して話せない内容ではなく、話し方によっては話せる内容といえる。また、それを話す看護上の意味を見出だしているかないかで、異なってくると考えられる。手術に関しては、当然医師より説明があり、『創部の位置』などその時に話されるであろう。しかし、患者にとっては一度説明されただけでは頭に入らないことも多く<sup>14)</sup>、看護婦も説明することは必要なことである。少なくとも、術後合併症予防として、深呼吸法や喀痰喀出法など練習するが、患者と一緒に行うか、説明のみにするかに関わらず、『創部の位置』がわからないと、効果的な術前指導ができないのではないかと考える。

Redman<sup>15)</sup>は、情報をさしひかえることは、診断や治療に関しての確信のなさに関係していると述べ、患者が看護を評価するには自分の病気の看護や治療について知識を与えられていなければ正しく評価できないと主張し、これは医療者の自己防衛的役割と指摘している。患者との信頼関係を築く姿勢としては、確信がもてないから言わないという行動は好ましくない。説明する内容というのは、それをあらかじめ具体的に確定的に言うことは本来できないことである<sup>14) 16)</sup>。確信がもてなくても患者にとって有用な情報であれば、確信がもてないということも併せて説明し、予測と反した状況となったときには、憶せず訂正するという姿勢が必要と考える。

## 2. 看護婦の経験年数と情報提供の程度との関連

多くの項目について、説明する傾向にある人のほうが看護歴が長かったことより、経験することが話

すことに関連していることが明らかとなった。Bennerは、「初心者（Novice）および新人（Advanced Beginner）たちは、その状況をつかむことがほとんどできず、教えられたルールを思い起こすことに集中しなければならない<sup>16)</sup>。」と、述べており、経験がないことで、原則論ののりこった行動、ここでは、病棟で使用している術前オリエンテーションの用紙に沿って、またガイドラインに沿って説明するにとどまると考えられる。類似した状況で2～3年経った一人前（Competent）となると、「現在および予測される将来の状況でどの属性や局面が最も重要なのか、あるいは無視できるのかがはっきりしている。それゆえ、計画はパースペクティブであり……」<sup>16)</sup>となり、体験的に獲得した知識を含めて、情報を提供している。さらに中堅（Proficient）は、いろいろな側面からその重要性を認識でき、達人（Expert）は直観的に把握し問題をとらえ、情報を提供する看護の意味を見出だして話をしていられる。ある項目について話す人は、他についても話しているという結果から、全般にわたって話す人は、看護で情報提供することの意味付けができており、話さない人は、意味付けができていない人と推測できる。

勤務歴と関連の認められた7項目に関しては、『創部の覆われ方』や『バルンカテーテル抜去時期』『創痛の程度の変化』などは、いわゆる外科的な専門知識や経験などを積むことで予測しやすくなる内容といえる。しかし、『ドレーン』や『創部の位置』『動くことのできる時期』『創痛がピークの時期』なども、外科的な専門知識や経験に含まれると考えられるが、関連は認められなかった。ただし、『バルンカテーテル抜去時期』と『創痛の程度の変化』は、看護歴とは関連が認められなかったが、勤務歴とは関連が認められたことより、看護の経験というよりは、そこでの治療や患者の経過など、専門分野における経験が関連するといえる。

Bennerは著書<sup>16)</sup>の中で、あるナースの乳房切除術の術前指導の効果を明らかにしている。このナースは患者が手術後に予測されることについて、自分がこの手術を受けたことがないにも関わらず、大変よくわかっており、説明上手であった。彼女は多くの患者から、手術後の反応、痛みや回復および体動範囲が、時間とともにどのようになっていくかを学んでいたのである。このことから、どのように回復



していくのかについて、知覚情報、および処置情報の提供が重要であることが明らかである<sup>17)-20)</sup>。また、この情報は、看護の経験を積み重ねることで整理し、確信を強くすることである。

### 3. 患者教育と術前オリエンテーション

患者教育とは、単に患者への指示を繰り返したり、パンフレットを渡したりすることではなく、患者が行動変容するのに役立つ新しい考え方や技能、態度、意志、自己効力感 (self-efficacy) をもてるように援助するものであり<sup>21)-23)</sup>、学習ニーズのアセスメントより計画し実施、評価が伴う活動である<sup>11)</sup>。そして術前患者教育は、特定の状況にある患者に対する患者教育である。計画的に行う術前教育は、患者が術後に備えて、また不安の裏に潜む恐れにうまく対処するために一定の課題や技術を実施できるように援助するために、患者と家族に情報 (感覚に関すること・処置に関すること・事実に基づくこと) を提供することである<sup>24)</sup>。オリエンテーションは「ものごとの進路・方向を定めること。また、それが定まるよう指導すること。方向づけ」<sup>25)</sup>であり、教育とは同義語ではない。しかし、看護のテキストや臨床では、術前教育よりも術前オリエンテーションとしてその看護活動を表現している。そのためか、教育的視点としてよりも、オリエンテーション機能として術前教育が進められてきた傾向にあると考える。術前看護では、不安の軽減が強調されている<sup>10)</sup>が、最も重要なのは、順調な回復過程をたどれるよう援

助することである。そのためには、実施した術前患者教育の評価を進めていく必要がある。

術痛に対する医療者の対処方法では、少なくともすべての看護婦は、『すぐ呼ぶように』と、私たちは何らかの対処をすることは伝えられていたが、それに対して医療者はどう鎮痛対策をはかるかの説明はさまざまであった。予測される苦痛に対する不安の軽減という目的では、『すぐ呼ぶように』という説明でよいと考えられるが、このような状況の中での、患者自身による決断や、対処技能 coping skill ができるよう援助する目的では、医療者はどのように対処し、どのような準備がなされているのかの情報も提供することが必要と考えられる。

術後に必要となる運動機能訓練は、具体的なスケジュールや方法に関しては、あまり説明されていない傾向にあった。術前に患者が知りたいと思うことは、手術や麻酔、病状のことと併せて、術後の経過と入院期間や手術による後遺症や危惧される問題などであり<sup>1)</sup>、術後どのように機能を回復していくのかについて術前から知りたい内容といえる。また、機能がどう回復し、そのためにはどうしたらよいかをあらかじめ知ることで、患者自身にとって様々な準備が可能であり、対処技能 coping skill ができるよう援助することにつながる。ただしここでは対象となる患者の背景に相違があり、ここでたずねている運動機能訓練も異なっているものと推察できることから、今後は対象を限定し再度調査する必要があるといえる。

## 文 献

- 1) 青木照明, 天木嘉清, 平井勝也ほか: 系統看護学講座 別巻1 臨床外科看護総論: 医学書院, 1994.
- 2) 井上幸子, 平山朝子, 金子道子ほか: 看護学大系9 看護の方法 [4]: 日本看護協会出版会, 1991.
- 3) 北原哲夫, 梅垣いつみ, 加藤ちさとほか: 新版看護学全書 別巻1 臨床外科看護学1: メヂカルフレンド社, 1993.
- 4) Janis, I. L.: Adaptive personality changes. In A. Monat and R. Lazarus (eds.), Stress and coping: An anthology: 272-284, 1977. New York: Columbia University Press.
- 5) Bandura, A.: Social learning theory: 1977, Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.
- 6) Fuller, S. S., Endress, M. P., and Johnson, J. E.: Effects of cognitive and behavioral control on coping with an aversive health examination, 4: 18-25, 1978.
- 7) Degner, L. F., and Russell, C. A.: Preferences for treatment control among adults with cancer, Research in Nursing and Health, 11: 367-374, 1988.
- 8) Dennis, K. E.: Patients control and the information imperative: Clarification and confirmation, Nursing Research, 39: 162-166, 1990.
- 9) 岡崎寿美子, 城戸滋里: 手術を受ける患者の不安と術後痛に関する分析, Quality Nursing, 2 (5): 441-445, 1996.

- 10) 千葉京子, 尾山とし子 : 過去5年間の術後看護に関する研究の動向と看護の課題, 日本赤十字武蔵野女子短期大学紀要, 7 : 52-57, 1994.
- 11) Donna R. Falvo. : 津田司監訳 : 上手な患者教育の方法, 医学書院, 1992.
- 12) 牛島康栄, 朝戸裕, 原彰男ほか : 術後管理に必要な基礎知識, 臨床外科, 50(11) : 428-429, 1995.
- 13) 壇健二郎, 花岡一雄, 百瀬隆 : 術後痛, 克誠堂出版 : 1993.
- 14) 寺本松野, 村上國男, 小海正勝 : IC自己決定を支える看護, 日本看護協会出版会 : 1994.
- 15) Barbara Klung Redman. : 武山満智子訳 : 患者教育のプロセス, 医学書院 : 1971.
- 16) Patricia Benner. : 井部俊子, 井村真澄, 上泉和子訳 : ベナー看護論, 医学書院 : 15-24, 1992.
- 17) Johnson, J. E., Fuller, S., Endress, M., and Rice, V. : Altering patients' responses to surgery : An extension replication. *Research in Nursing and Health*, 1 : 11-21, 1978. 18) Johnson, J. E., Leventhal, H., and Dabbs, J. : Contribution of emotional and instrumental response processes in adaptation to surgery. *Journal of Personality and Social Psychology*, 29 : 710-718, 1971.
- 19) Johnson, J. E., Rice, V., Fuller, S., and Endress, M. : Sensory information, instructions in a coping strategy, and recovery from surgery, *Research in Nursing and Health*, 1 : 4-17, 1978.
- 20) Davina Poroch : The effect of preparatory patient education on the anxiety and satisfaction of cancer patients receiving radiation therapy, *Cancer Nursing*, 18 (3) : 206-214, 1995.
- 21) Gloria M. Bulechek., Joanne C. McCloskey. : 早川和生監訳 : 患者指導, ナーシングインターンション, 医学書院 : 1995.
- 22) Nancy I. Whitman., Barbara A. Graham., Carol J. Gleit., et al. : 安酸史子監訳, ナースのための患者教育と健康教育, 医学書院 : 1996.
- 23) Barbara McVan. : 武山満智子訳 : 患者教育のポイント, 医学書院 : 1990.
- 24) Gloria M. Bulechek., Joanne C. McCloskey. : 早川和生監訳 : 体系的な術前教育, ナーシングインターベンション, 医学書院 : 1995.
- 25) 新村出編 : 広辞苑 第4版, 岩波書店, 1991.