



[原著]

看護学生における看護診断の基本的知識と看護診断能力の現状と強化すべき思考力の検討

田中里美

岐阜医療科学大学看護学部看護学科

要旨

【目的】看護診断の基本的知識と看護診断能力の現状を明らかにし、看護診断で強化すべき思考力を検討することである。

【方法】看護基礎教育において基礎看護学の看護過程 / 看護診断の履修後である看護系大学二年生 123 名を対象とした。基本的知識と看護診断能力（診断指標判断能力、関連因子 / 危険因子判断能力、診断名決定能力）を客観的に問うテスト形式とし、看護診断能力の測定が可能な事例を作成し、質問紙調査を行った。

【結果】基本的知識の正解率は 49 %、看護診断能力を示す 3 つの能力である診断指標判断能力の正解率は 40 %、関連因子 / 危険因子判断能力の正解率は 12 %、診断名決定能力の正解率は 14 %であった。

【考察】看護診断用語、構成要素、構成要素の意味、看護診断を用いる際のルールに関する知識不足が確認され、これらの知識が曖昧なまま看護診断を行っていたことが示唆された。看護診断を行う際の思考プロセスにおいて、情報収集の段階で多角的に広く情報を収集し、情報から可能性をできるだけ多く挙げ、考えを広げていく拡散的思考と、次にこれらの多くの可能性から論理的に考えて 1 つの看護診断を導き出すという収束的思考を用いていると推測された。両思考を強化することで看護診断能力の育成を行えることが示唆された。

キーワード：看護学生、看護診断、看護診断能力

1. 序論

看護診断は、家族、集団、地域社会の健康状態 / 生命過程に対する人間の反応についての臨床判断であり¹⁾、アセスメントの最終結論を表現する共通用語である。共通用語としての看護診断は、NANDA-インターナショナル (NANDA-I) から 2 年ごとに更新されている「NANDA-I 看護診断定義と分類」において 20 か国以上の言語に翻訳され、広く臨床で使われている²⁾。看護診断においては多くの科学的な根拠や

知識、思考力が要求される。看護診断を行う以前に持つべき知識として、看護概念や看護診断の焦点がある。看護概念とは、呼吸、排泄、体温調節機能等の人体の構造と生理に該当するもの、睡眠やストレス等の精神・心理に及ぼす影響に該当するものである。看護診断の焦点とは、例えば「呼吸」に関する換気、ガス交換、呼吸パターン等を指す。これらの知識があることで、看護師はデータの中にパターンを見出すことができ、正確に診断できるようになる¹⁾。看

田中里美
〒 509-0293 岐阜県可児市虹ヶ丘 4-3-3
岐阜医療科学大学看護学部看護学科
Phone 0574-65-6555
Email: stanaka@u-gifu-ms.ac.jp

2021 年 1 月 3 日受付
2021 年 3 月 26 日受理

護診断過程を展開するための方法やルールの知識、加えて看護診断の定義、診断指標、関連因子、危険因子の意味や使い方についての知識も要求される^{3) 4)}。

臨床看護師の看護診断に関する研究において、看護記録類や看護師へのアンケート調査から、知識の状況や看護診断過程の展開プロセスの適切性を検証していた^{5) 6) 7)}。その結果、看護診断に必要な知識と思考力を持ち看護診断を活用している臨床看護師に、看護診断概念の理解の難しさ^{5) 6) 7)}、看護診断用語の難しさ^{5) 6) 7)}、診断指標・関連因子・危険因子を確定するための適切なデータの選択が困難であること⁵⁾、看護診断過程における思考の幅を広げることの難しさ⁸⁾、看護診断に対する自信のなさ⁸⁾が報告されている。看護診断概念と看護診断用語の意味理解が曖昧なまま診断を行うことは、問題の見逃しや誤診に繋がると指摘されていた。特に看護師による診断の正確性は、患者への適切な看護介入を左右するため極めて重要である^{5) 9) 10) 11)}。長谷川は看護診断の正確性の研究において、看護診断過程における能力を、①観察能力・情報収集能力：診断指標判断能力、②情報から問題の原因を導き出す能力：関連因子 / 危険因子判断能力、③および看護の対象となる問題に適切な診断名を命名する能力：診断名決定能力とし、平均臨床経験 12 年の看護師のそれぞれの過程における能力の差や影響因子の調査を行っている。その結果、3つの能力を有していた者は非常に少なかったことを報告しており、正確に看護診断を行うために継続的な教育介入が必要であると結論付けている^{9) 10) 11)}。

看護基礎教育において、2010 年度の看護師国家試験出題基準で基礎看護学に「問題解決過程 看護過程・看護診断の概念」と明記されたことから¹²⁾ 看護診断の概念について看護基礎教育で修得すべき能力として求められるようになった¹³⁾。看護学生の看護診断に関する研究は、山本、野村、渡邊、中木¹⁴⁾の研究を始めとする実態調査が主である。実態調査では、看護診断過程の展開の困難さや、学生の演習記録や臨床実習記録を基に、定義・診断指標・関連

因子 / 危険因子の記載の有無や、よく使用される看護診断名の抽出、使用された看護診断名の適切さの検討などが行われ、看護基礎教育で看護診断教育に活用しようとしていた^{14) 15) 16)}。山本らの調査結果からは、看護診断用語の難しさ、看護診断を導き出すための情報収集・分析が不十分であること、不十分な分析から安易に診断をしていることが指摘されていた¹⁴⁾。Hirota & Sekinaga¹⁵⁾は、学生が記述したプロブレムリストを分析した結果、看護診断概念の理解、データを分析または解釈する能力、問題の特定が困難、可能性を予測する能力の不足、適切な診断名の選択力が不十分であると報告している。Kume & Aso¹⁶⁾は、学生の自己評価による看護診断に対する意識、学習達成、困難等の内容を判断していた。その結果、分析から学習上の困難感として、看護診断の学習後も看護診断用語の理解が難しいことを挙げている。

以上より、看護過程 / 看護診断の演習記録や実習記録の分析から、看護診断を行うために必要な知識、特に看護診断概念と看護診断用語の知識不足と、看護診断に必要な思考力に問題があることが推測された。本研究では、看護診断を行うための基本的知識と看護診断能力の現状を明らかにし、看護診断において強化すべき思考を検討することを目的とする。

II. 用語の定義

看護診断能力

長谷川^{9) 17)}の定義に基づき、観察能力・情報収集能力を【診断指標判断能力】、情報から問題の原因を導き出す能力【関連因子 / 危険因子判断能力】、および看護の対象となる問題に適切な診断名を命名する能力【診断名決定能力】の3つを含む総合的な能力である。

III. 研究目的

看護学生における看護診断の基本的知識と看護診断能力の現状を明らかにし、看護診断において強化すべき思考力を検討する。

IV. 研究方法

1. 調査対象と調査時期

本調査では、基本的な看護診断の知識と看護診断能力の現状調査を目的としている。そのため、①看護基礎教育において基礎看護学の看護過程 / 看護診断の履修後であること、②各領域の看護過程 / 看護診断の履修前であること、③NANDA-I 看護診断を用いて学習していることの3つの条件を満たした A 大学の看護系大学二年生 123 名を対象とし、2019 年 10 月に調査を行った。

2. 調査方法

1) 質問項目の検討

質問紙の作成にあたり、Fehring¹⁸⁾ が示した診断内容妥当性の検証を行うエキスパートの基準に、「看護診断の教育経験がある」を加えた基準を満たした評価者を「看護診断のエキスパート」としスーパーバイズを受けた。Fehring が示すエキスパートの条件は、①臨床看護学の修士号を有していること、②臨床看護の経験が数年あること、③看護診断に関する研究を行っていること、④看護診断についての論文を執筆し、公表の経験があること、⑤看護診断に関する学会や看護診断の研修を受けたことがあるの5つである。

質問紙は、基本的知識と看護診断能力を客観的に問うテスト形式とした。客観性を高めるため、以下の4点に配慮した。①点数の重みづけをせず、全問1問1点とした、②基本的知識は採点基準が明確である正誤問題とした、③看護診断能力は長谷川の測定方法と同じ記述式とした、④評価基準（模範解答）は、看護診断のエキスパートと何度も検討を重ね決定した。

2) 調査内容

(1) 看護診断の基本的知識に関する質問項目として正誤問題計15項目とした。具体的には、①看護過程の基本的知識（情報収集、アセスメント、計画、評価の内容あるいはルール）に関する4項目と、看護診断用語である、看護診断、診断指標、関連因子、危険因子の意味と用いるときのルール11項目である。

(2) 看護診断能力に関する質問項目として、

以下の内容の記述式問題とした。

①診断指標判断能力として、事例を用いて、S 情報と O 情報の区別と S 情報の観察方法の記述を求めた。

②関連因子 / 危険因子判断能力、診断名決定能力として、いくつかの

データを提示した事例を用いて、看護診断名（あるいは看護問題）と関連因子 / 危険因子（あるいは根拠）の記述を求めた。

3. 分析方法

基本的知識の15項目は得点化し、合計得点の正解率、合計得点の平均値、標準偏差、中央値（表1）と各項目の正解率を算出した（表2）。看護診断能力は、診断指標判断能力、関連因子 / 危険因子判断能力、診断名決定能力それぞれを得点化し、合計得点の正解率、平均値、標準偏差、中央値を算出した（表3）。

4. 倫理的配慮

調査対象者は現役の学生であり、質問紙がテスト形式であるため、心理的負担に対して特に以下の配慮を行った。①無記名回答とした、②配布・説明・回収担当者は、当該授業（基礎看護学の看護過程 / 看護診断）担当者ではない第3者とした、③学生に強制力が働かないよう個別ではなく集団に向けてアナウンスを行った、④参加・協力の自由意思と拒否権の確保、協力できない場合でも成績と無関係であることを強調するために、文書と口頭の両方にて説明を行った、⑤協力の意思の有無が周囲にわからないよう、無回答でも全員に投函するように設定した。

本研究は、A大学の研究倫理委員会の承認を得て実施した。本研究による利益相反はない。

IV. 結果

123部中、欠損値のなかった121部を分析対象とした（有効回答率98.4%）。

1. 看護診断の基本的知識の現状

表1に合計得点の結果を示した。看護診断の知識の正解率は49%、合計得点の平均値（Mean±SD）は7.47±1.8 / 15点満点、中央値は8（6-9）点であった。

表2に各項目の正解率を示す。看護診断

表1 看護診断の知識の現状

評価項目	正解率 %	平均値 (点)	SD	中央値 (点)
看護診断の知識	49	7.47	1.8	8(6 - 9)

n=121

表2 看護診断の基本的知識 各項目の正解率

正解率が50%未満の項目	n (正解率%)	正解率が50%以上の項目	n (正解率%)
診断指標の意味	11 (9.9)	栄養バランス異常の診断指標	74 (61.2)
リスク型診断の意味	14 (11.6)	便の性状は主観的情報である	85(70.2)
危険因子の用い方	21 (17.6)	転倒転落リスク状態の定義	85(70.2)
看護計画	27 (22.8)	評価は目標に達成した時点で行う	99(81.8)
リスク型看護診断と		健康行動を促進する診断名がある	101(83.4)
危険因子の関連	32 (26.4)	顕在問題のみ明らかにすればよい	113(92.7)
問題焦点型看護診断と		看護診断名の更新の有無	115 (95.9)
関連因子の関連	36 (29.8)		
定義と診断指標の関連	43 (36.2)		
看護診断の種類	55 (45.4)		

n=121

の知識 15 問の質問項目の内容は、看護過程に関する 4 項目と、看護診断に関する 11 項目である。正解率が 50 % 未満は 8 項目、50 % 以上は 7 項目であった。

正解率が 20 % 未満の項目は【診断指標の意味】 9.9 % (11 名)、【リスク型診断の意味】 11.6 % (14 名)、【危険因子の用い方】 17.6 % (21 名) の 3 項目であり、これらは看護診断に関する質問であった。正解率が 22.8 % (27 名) であった【看護計画】は看護過程に関する質問である。正解率が 50 % 未満の項目のうち、この質問を除く残りの 4 項目の【リスク型看護診断と危険因子の関連】 26.4 % (32 名)、【問題焦点型看護診断と関連因子の関連】 29.8 % (36 名)、【定義と診断名の関連】 36.2 %

(43 名)、【看護診断の種類】 45.4 % (55 名) はいずれも看護診断に関する質問であった。

正解率が 50 % 以上の項目は、高いものから【看護診断名の更新の有無】 95.9% (115 名)、【看護で取り上げる問題の種類】 92.7% (113 名)、【健康行動を促進する診断名の有無】と【評価は目標が達成した時点で行う】は共に 81.8 % (99 名)、【転倒転落リスク状態の定義】 70.2 % (85 名)、【便の性状は主観的情報である】 70.2 % (85 名)、【栄養バランス異常の診断指標】 61.2 % (74 名) であった。

2. 看護診断能力の現状

表3に看護診断能力の結果を示す。診断指標判断能力の正解率は40%、平均値 (Mean±SD)

表 3 看護診断能力の現状

評価項目		正解率 %	平均値 (点)	SD	中央値 (点)
看護 診断能力					
診断指標判断能力	/10 点満点	40	4 .04	2.08	4 (3 - 6)
関連 / 危険因子判断能力	/8 点満点	12	1 .01	1.59	0 (0 - 0)
診断名決定能力	/2 点満点	14	0 .28	0.63	0 (0 - 2)

n=121

は 4.04±2.08 / 10 点満点、中央値は 4 (3-6) 点、関連因子 / 危険因子判断能力の正解率は 12%、平均値 (Mean±SD) 1.01±1.59 / 8 点満点、中央値は 0 (0-0) 点、診断名決定能力の正解率は 14%、平均値 (Mean±SD) は 0.28±0.63 / 2 点満点、中央値は 0 (0-2) 点であった。

診断指標判断能力では、バイタルサインを S 情報としていたり、S 情報である患者の訴えを O 情報としていたり等、S 情報と O 情報の取り違えがみられた。性別、生年月日等の情報に該当するものが未選択である学生や、A さんという氏名等の情報でないものを選択していた学生がいた。バイタルサインと血液検査結果等の O 情報としてわかりやすいと予測したのも、値の一部のみ選択していたというものがあつた。S 情報を確認する方法 (観察方法) では、観察方法を全てバイタルサイン測定としているものがみられた。関連因子 / 危険因子判断能力では根拠の回答を求めたが、提示したデータをそのまま羅列したものや、各事例に対し、看護目標や看護計画に該当する内容の記述がみられた。診断名決定能力では、提示したデータを 1 つ選択し、そのまま記述していたものや、看護診断 / 看護問題としての表現の不足や、間違つた記述が多かつた。

V. 考察

本研究では、テスト形式の質問紙を用いて、看護診断の基本的知識と看護診断能力の現状を明らかにした。この結果を考察し、看護診断において強化すべき思考力を検討していく。

1. 看護診断の基本的知識における課題

本調査は、基礎看護学の看護過程 / 看護診断の授業終了後の約 2 か月後に実施した。時間が経過していたが、看護過程の基本的知識に関しては、多くの学生が知識を記憶し、想起あるいは定着ができていた。記憶の保持・想起・定着は、覚えたことを繰り返し復唱する、記憶にある情報と結びつける、覚えようと努力するという維持リハーサルにより成立する^{19) 20)}。このことから、学生は授業において、時間をかけて事例展開を行ったことや、その際に各段階の展開における内容やルールを反復して確認したことと、看護過程に真摯に取り組んだことが窺える。

一方、看護診断用語、構成要素、構成要素の意味、看護診断を用いる際のルールについては知識が曖昧であつた。看護診断は定義や診断指標、因子を照合し、診断名を決定すればその後何度も確認はしないと考える。看護過程を展開する際とは違い、維持リハーサルが行われなかつたと推測される。また、看護過程で用いられる表現を看護診断用語に置き換えると記憶が曖昧になっていた。例えば、看護問題で取り上げる問題種類についての知識は有しているが、それら 3 つを看護診断用語である「問題焦点型看護診断」、「ヘルスプロモーション型看護診断」、「リスク型看護診断」という表現に置き換えると正解率が低下していたことがその裏付けといえる。

しかし、診断用語の意味が曖昧でも、具体的な診断名を挙げて問うと正解率が上昇しており、看護診断名のイメージや、対象の状態と併せて「何となく」「あまり深く考えずに」「診断指標と関連因子 / 危険因子の照合を疎かにし」看護診断を行ってい

たことが推測される。先行研究で指摘されていた看護診断概念と看護診断用語の難しさと、この指摘から生じる看護問題の見逃しや誤診の可能性について解決されていないことが示唆された。今回は基礎教育の段階での結果ではあるが、倉島ら^{3) 4) 5) 6)}の報告にあるように、臨床看護師においても同様の課題が示されていた。看護過程 / 看護診断の教育を受けた臨床看護師も「何となく」、「慣れ」から、看護診断用語の意味理解が曖昧なまま、看護診断を安易に行ってしまうことに繋がるということが推測される。このようなプロセスでの看護は、看護の対象の生命にかかわるような誤診や、危険な看護介入という危機的状況となる可能性は低いかもしれないが、問題の見逃しや、看護実践が対象にそぐわない等の問題を招きやすい。正確な看護診断を行い、対象に適切な看護介入を行うためには、基礎教育の段階から知識が理解できるように教育を行うことは極めて重要であると考えられる。

以上から、看護診断の知識における課題は、①看護診断用語、構成要素、構成要素の意味を理解すること、②看護診断を用いる際のルールを理解すること、③意味とルールを理解した上で看護診断を行うこと、そして、④基礎教育において、診断概念と診断用語を理解しやすく、かつ知識の定着ができる教育方法の検討を行うことの4点であると考えられる。

2. 看護診断において強化すべき思考力の検討

先行研究では、臨床と基礎教育双方において看護診断に必要な思考力に問題があることが指摘されている^{5) 8) 9) 10) 14) 15) 16)}。本調査の結果からも、思考力が適切に働いていないことが示唆された。対象は、看護過程 / 看護診断の授業において時間をかけて事例展開を行ってきた。しかし、本調査は設問を読み、少し考えて短時間で回答するというものであった。熟慮型の実例展開をしてきた対象は、じっくり考える時間がないと感じたのではないだろうか。その焦りや、短時間では記憶の想起が困難であったことも思考がうまく働かなかった要因の1つであると考えられる。

診断指標判断能力では、S情報とO情報が混乱していた。授業では事例を読み、枠組みに沿って情報の整理を行うため、情報を吟味することなく、整理をすることが優先されたことが推測される。情報を吟味することで、S情報とO情報がお互いを裏付けていることや²¹⁾、不足している情報に気づくことができる。情報収集は1度行えば終了というわけではなく、さらに他に必要な情報を探索し、情報収集の方法を考える必要がある²²⁾。対象は、ここまで考えが及んでいない可能性が推察される。そしてこの先の展開を進めていくためには、人体機能や生理、疾患等の既存の知識から、どの情報とどの情報が関連しているのか、なぜこのような事態が生じているのか、今後どのような経過を辿るのか、いくつかのまとまりのある情報群から何が言えるのか等、多くの可能性を挙げ、考えていく必要がある^{22) 23)}。情報収集においては、多角的に広く情報を収集し、情報から可能性をできるだけ多く挙げ、考えを広げ、多様な情報の意味を説明するという拡散的思考^{22) 24)}が必要であると推察される。

関連因子 / 危険因子判断能力では、根拠の意味の理解不足、つまり、根拠とは対象の問題となることの要因、状況、事実を指すことの知識不足や、疾患の症状の知識不足があると考えられる。根拠と計画の区別が曖昧であること、いくつかのデータから問題の原因を導き出す能力の不足もあると考えられる。データの羅列からは看護診断に必要な思考がうまく働かず、根拠を絞り込むことができなかつたことが考えられる。ここでは、多くの可能性から最適なものを明確にする、論理的に考えて1つの回答を導き出すという、収束的思考^{22) 24)}が必要であると推察される。

診断名決定能力では、看護問題 / 看護診断の表記があった。これは、根拠が明確にならないことが誤った看護問題 / 看護診断に繋がったといえる。また、いくつかの看護問題 / 看護診断の候補から、適切な診断を選択ができなかつたことも考えられる。根拠に対する知識も必要であるが、適切な1つの診断を選択とするという、収束的思

考²²⁾ 24)が必要であると推察される。看護診断を行う際は、まずは拡散的に可能性を広げて考え、次に収束的に可能性を絞って考えるというプロセスにあると推察され、看護診断は拡散的思考と収束的思考を用い、展開されているといえる。そのため、両思考を強化することで、効果的に看護診断能力の育成を行うことができると考える。

VI. 研究の限界

本研究で看護学生の看護診断の基本的知識と看護診断の現状が明らかとなり、強化すべき思考力の示唆を得ることができた。しかし、本研究における調査対象は単施設調査であり、データの偏りの影響は否めない。今後は多施設にて調査を行い、対象者数を広げ、結果を検討していくことが必要である。

VII. 結論

1. 基礎看護学において看護過程 / 看護診断の履修 2 か月後の看護学生において、看護診断の基本的知識の正解率は 49 %、看護診断能力を示す 3 つの能力の診断指標判断能力の正解率は 40 %、関連因子 / 危険因子判断能力の正解率は 12 %、診断名決定能力の正解率は 14 %であった。
2. 看護過程の基本的知識に関しては、多くの学生が知識を記憶し、想起あるいは定着ができていたことが明らかとなった。
3. 看護診断用語、構成要素、構成要素の意味、看護診断を用いる際のルールについて知識が曖昧であることが明らかとなった。
4. 看護診断において必要な思考力は拡散的思考と収束的思考であると推測された。
5. 両思考を強化することで看護診断能力の育成を行えることが示唆された。

引用文献

- 1) Herdman, H. T. 上鶴重美 (訳). NANDA-I 看護診断 2018-2020. 医学書院, 2018.
- 2) 上鶴重美. NANDA-I 看護診断分類: 誕生と発展. 日本看護診断学会, 2019, 24 (1), p. 52-56.
- 3) 松木光子. 看護学概論. ヌ-ヴェルヒロカワ. 2011, p. 170-176.
- 4) 江川隆子. 看護教育への看護診断の影響について. 関西医療大学紀要, 2011, 3(1), p. 3-7.
- 5) 倉島幸子. 臨床看護師の看護診断における仮説検証過程 診断指標と関連因子の分析を通して. 看護診断, 2016, 11 (1), p.5-17.
- 6) 江川隆子, 黒田裕子, 福田和明, 古川秀敏. 我が国の 300 床以上の医療機関における看護診断使用の実態調査およびわが国の基礎看護教育機関における看護診断を使用した教育状況の実態調査. 看護診断, 2016, 21 (1), p.29-39.
- 7) 福田和明, 古川秀敏, 黒田裕子, 益田美津美, 宮城智賀子, 菊池麻由美, 三上れつ. 日本看護診断学会将来構想プロジェクト I 報告 全国の医療機関と教育機関における看護診断・成果・介入の実態. 看護診断, 2019, 24 (1). p.32-39.
- 8) 泉田さとみ, 菊池真紀子, 佐藤貞子, 加藤千恵, 川村啓子, 増子はるみ. NANDA-I 看護診断決定までのアセスメント力を向上させる思考プロセスに対する研修の取り組み. 仙台赤十字医誌, 2018, 27 (1), p. 25-40.
- 9) 長谷川智子. 看護診断正確性に基づく看護診断能力測定尺度開発と看護診断の育成プログラムの提案. 研究成果報告書. 基盤研究 (C). 2006-2008.
- 10) 長谷川智子. 看護診断過程の能力育成プログラムによる包括的教育介入の効果. 研究成果報告書. 基盤研究 (C). 2009-2011.
- 11) 長谷川智子. 看護診断過程の包括的教育と看護診断の正確性のアウトカム検証. 研究成果報告書. 基盤研究 (C). 2012-2016.
- 12) 厚生労働省. 看護基礎教育検討会報告書. 2019.
- 13) 佐々木真紀子. 看護基礎教育における看護診断の教育と教員に求められること. 看護展望, 2013, 38 (4),

- p 18-23.
- 14) 山本洋子, 野村千文, 渡邊順子, 中木高夫. 看護基礎教育における看護診断に関する研究. 名大医短大紀要, 1996, 9, p.19-28.
 - 15) Hirota, M., Sekinaga, N. Students' Trends in the Selection / Prioritization of Nursing Diagnoses and challenges of Case Presentation- An Analysis of Lists of problems in Case Studies-. Aino JOURNAL , 2015, 14, p. 33-37.
 - 16) Kume Y., Aso Y.,Katayama M. (2016). Nursing students' Attitudes Towards Nursing process / Diagnosis Instruction Across a Multi-Year Academic Curriculum. 武庫川女子大学看護ジャーナル, 2016, 01, p. 69-81.
 - 17) 的確なアセスメントから生み出される看護診断. 看護診断, 2016, 21(1), p. 16-20.
 - 18) Fefring, R.J. Methods to validate nursing diagnosis. Heart& Lung 1987, 16 (6) p. 625-629.
 - 19) 松原達哉. 教育心理学, 丸善出版, 2013, p 121-126.
 - 20) 昇地三郎. 新教育心理学. ナカニシヤ出版, 1987, p. 64-67.
 - 21) 茂野香おる編. 系統看護学講座 専門分野 I 基礎看護学 [2] 基礎看護技術. 医学書院, 2015, p. 243.
 - 22) 松木光子. 看護診断の現在. 医学書院, 1997, p2-50, p. 157-162.
 - 23) 小笠原知枝. データ収集とクリティカルシンキング能力のトレーニング. Quality Nursing, 1999, 2 (9), p. 19-25.
 - 24) Guilford, J, P. Way beyond IQ. New York, The Qreative Education Foundation, 1977, p. 92-127.

Basic knowledge of nursing diagnosis and current status of Diagnostic Competencies in nursing students Examination of thinking ability that must be strengthened

Satomi Tanaka

Gifu University of Medical Science

Summary

Purpose: To clarify the basic knowledge of nursing diagnosis and the current state of Diagnostic Competencies, and to examine the thinking ability that must be strengthened in nursing diagnosis.

Methods: A test format that objectively asks knowledge and Diagnostic Competencies (Defining characteristic Competent, Related factor/Risk factor Competent, Diagnostic Label Competent), creates a case where nursing diagnosis ability can be measured, and conducts a questionnaire survey.

Results: A test format that objectively asks basic knowledge and Diagnostic Competencies (Defining characteristic Competent, related factor / risk factor judgment Competent, Diagnostic Label Competent) creates a case where nursing diagnosis ability can be measured, and a questionnaire I conducted a survey. The correct answer rate for basic knowledge was 49%, the correct answer rate for Defining characteristic Competent was 40%, the correct answer rate for related factor / risk factor Competent was 12%, and the correct answer rate for Diagnostic Label Competent was 14%.

Conclusions: They lacked knowledge of nursing diagnosis terms, components, meanings of components, and rules when using nursing diagnosis. Makes us infer that they made nursing diagnoses with vague knowledge about nursing diagnoses. Further, thinking required for a nursing diagnosis process is assumed as a divergent thinking for data collection and analysis and as a convergent thinking for clarification of generalization, diagnosis hypothesis determination and nursing diagnosis. It was suggested that the ability to develop nursing diagnosis can be developed by strengthening Divergent thinking and Convergent thinking.

Keywords: Nursing student, Nursing Diagnosis, Diagnostic Competencies

Corresponding Author: Satomi Tanaka

Email: stanaka@u-gifu-ms.ac.jp