

一般病院に勤務する看護師の禁煙支援の現状と関連要因の検討

アリマ シ ツ コ ヤヤマ ソウ ミカミ ヒロシ
有馬志津子* 矢山 壮^{2*} 三上 洋*
タニガワ ミドリ ミネギシ ヒデコ タナカ アキコ
谷川 緑^{3*} 嶺岸 秀子^{4*} 田中 彰子^{5*}
センザキ ミト コ オオイシ ヤ エ コ オギワラ マサヨ
千崎美登子^{5*} 大石八重子^{6*} 荻原 修代^{6*}

目的 一般病院に勤務する病院看護師において、禁煙に有効性が示されている支援の実践状況とその関連要因を検討することを目的とした。

方法 参加同意の得られた3病院に勤務している病棟と外来の看護師1,206人に無記名自記式質問紙を配布した。843人から回答が得られ（回収率69.9%）、830人を分析対象とした。調査項目は基本属性、喫煙行動、仕事ストレス、禁煙支援方法に関する学習経験、害や支援法の知識、禁煙支援に対する態度、主観的規範、自己効力感、意思、禁煙支援（Five “A’s”）であった。記述統計量を算出し、禁煙支援（Five “A’s” 支援段階別）に影響を与える要因を検討するために重回帰分析を行った。対象者には口頭および文章にて、研究の主旨、匿名性の保持、データの厳重な取り扱いに関して説明を行った。

結果 喫煙の有無を尋ねる（Ask）者は87.8%、禁煙を勧める者（Advice）は88.4%、禁煙する意思を評価する（Assess）者は67.5%、禁煙を試みることを支援する（Assist）者は66.6%、再喫煙を防止するために支援する（Arrange）者は53.3%であり、いずれの支援も全く行わない者は9.0%であった。禁煙支援（Five “A’s” 支援段階別）を従属変数とした重回帰分析の結果から、実践率の低かった、禁煙する意思を評価する（Assist）こと、禁煙を試みることを支援する（Assist）こと、再喫煙を防止するために支援する（Arrange）ことには、特に禁煙支援への自己効力感、禁煙支援への意思、禁煙支援に対する態度が、有意に正の影響を与えることが確認された。しかし、関連する要因の単純集計の結果をみると、病院看護師は禁煙支援へ積極的な態度をもち、その意思は高かったが、自己効力感は低かった。

結論 喫煙習慣を尋ね、禁煙を勧めることは実践されていても、禁煙へ意思を評価し、関心度に合わせて支援していくことは、十分実践されていないことが把握された。実践率が低かった、禁煙への意思を評価し、関心度に合わせた支援を推進、強化するためには、自己効力感を高めることが必要であり、看護継続教育において自己効力感を高めるトレーニングプログラムの普及が課題である。

Key words : 病院看護師, 禁煙支援, 看護教育

1 緒 言

わが国の禁煙支援対策が包括的に推進される中で、成人の喫煙行動に対する看護介入により1.4倍禁煙率が高まること^{1,2)}、禁煙への動機が高まる

入院中において病院看護師による禁煙支援はたとえそれが簡易なアドバイスであっても禁煙率が高まること^{3,4)}が報告されており、病院看護師による禁煙支援への期待は大きい。しかし、看護職による禁煙支援に関する実態調査では、多くの看護職は禁煙支援を担うべきことに賛成しているにもかかわらず、常に禁煙支援をしているという報告は少ない^{5~9)}。

病院看護師による禁煙支援の実践に関連する要因の検討では、看護師自身の喫煙¹⁰⁾、禁煙支援に対する看護師の態度^{6,11)}、周囲からの禁煙支援への期待やサポートの認識¹¹⁾、自己効力感^{6,11)}が指摘されている。態度に関しては、看護師の喫煙や禁煙支援方

* 大阪大学医学系研究科保健学専攻

^{2*} 大阪大学医学部附属病院看護部

^{3*} 前大阪大学医学部附属病院看護部

^{4*} 北里大学看護学部

^{5*} 北里大学東病院看護部

^{6*} 北里研究所病院看護部

〒565-0871 大阪府吹田市山田丘 1-7

大阪大学医学系研究科保健学専攻 有馬志津子

法に関する学習経験との関連が指摘されており¹²⁾、また自己効力感に関しては、手ごたえや満足感、あるいは禁煙指導の教育歴⁷⁾との関連が指摘されている。また禁煙支援を阻害する要因に関する看護師の認識では、看護師の時間不足^{5,7,10,13)}、カウンセリング知識や技術の不足^{5,10,13)}、入院中の対処行動をあきらめるように患者を促すことに対する抵抗感¹³⁾、効果がないとの認識^{7,10,13)}が報告されている。

しかし、本邦における病院看護師による禁煙支援の実践やその関連要因に関する先行研究では、調査対象が看護職全域にわたるか、あるいはがん領域のみに限られていること、また禁煙に有効性が示されているニコチン代替療法や行動科学的アプローチが禁煙支援の内容に含まれていないことから、その現状と関連要因について十分把握されているとは言えない。

そこで本研究では、看護職の中でも病院看護師に焦点をあて、禁煙に有効性が示されている支援の実践状況とその関連要因を検討することにより、病院看護師による効果的な禁煙支援の実践向上に向けた課題を明らかにすることを目的とした。禁煙に有効性が示されている支援の定義には、AHRQ (Agency for Health care Research and Quality) が発行している看護師向けの禁煙支援ガイドラインが示す禁煙支援の1方法である Five “A’s”, すなわち喫煙の有無を尋ねる (Ask), 禁煙を勧める (Advice), 禁煙する意思を評価する (Assess), 禁煙を試みることを支援する (Assist), 再喫煙を防止するために支援する (Arrange) を用いた。

II 研究方法

1. 禁煙支援に関連する要因の概念枠組み (図1)

ASEモデル (The Attitude, Social influence, and Self-efficacy model) を理論枠組みとして使用した¹⁴⁾。ASEモデルはTPBモデル (Theory of Planned behavior Model)¹⁵⁾を発展させたモデルであり、行動と直接関係しているのは行動への意思であり、意思はその行動に対する態度、主観的規範 (周りからの

期待に対する認識) などの社会的な影響、行動への自己効力感によって影響を受けるという概念である。ASEモデルは看護師によるホームケアの提供や患者の痛みのアセスメント、病院内におけるたばこプロトコルの使用継続などの理論枠組みとしても使用されている^{11,12,16,17)}。本研究では、病院看護師による禁煙支援と直接関係しているのは、禁煙支援への意思であり、その意思は禁煙支援に対する態度、主観的規範、自己効力感によって影響を受けると仮定した。また先行研究で、禁煙支援に対する態度と看護師の喫煙や禁煙支援方法に関する学習経験との関連¹²⁾、自己効力感と禁煙指導の教育受講歴との関連⁷⁾、また禁煙支援を阻害する要因に関する看護師の認識で、看護師の時間不足^{5,7,10,13)}やカウンセリング知識や技術の不足^{5,10,13)}が報告されていることから、禁煙支援の実践はそれらによっても影響を受けると仮定し、概念枠組みを構築した。

2. 調査方法

病院の種類別にみて看護師の従事割合が高い一般病院のうち、調査に同意の得られた、病床数が1,000床以上の特定機能病院 (A病院)、500床程度の地域医療支援病院 (B病院)、300床程度の病院 (C病院) の計3病院に勤務している病棟と外来の看護師計1,206人 (A病院700人、B病院306人、C病院200人) を対象に、2006年8~10月病棟・外来単位で無記名自記式質問紙、返信用封筒を配布した。Aは密閉できる封筒に調査票を入れてもらい、それを各部署に留め置かれた取り出すことのできない回収箱にて回収し、BおよびC病院は研究室に郵送する形で回収した。最終的にA病院514人 (回収率73.4%)、B病院236人 (回収率77.1%)、C病院93人 (回収率46.5%) の合計843人 (回収率69.9%) から回答が得られ、属性以外が白紙回答の者を除外した830人 (回収率68.8%) を分析対象とした。

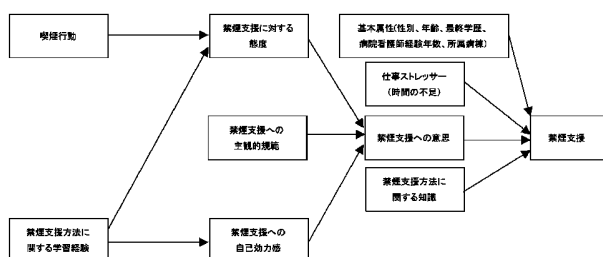
3. 調査項目

対象者の基本属性として、性別、年齢、最終学歴、病院看護師経験年数、所属病棟を尋ねた。

喫煙行動は、今まで1本もたばこを吸ったことがない者を「非喫煙者」、今まで1本以上たばこを吸ったことがあるが、6か月以上吸い続けたことはない、あるいはこれまで6か月以上たばこを吸っていたことがあるが、過去1か月は吸っていない者を「前喫煙者」、過去1か月に毎日あるいは時々たばこを吸っている者を「現在喫煙者」と定義し尋ね、現在喫煙者の割合を喫煙率として算出した。現在喫煙者には1日の喫煙本数、喫煙開始年齢を尋ねた。

仕事ストレスサーは、臨床看護職者の仕事ストレスサー尺度の一部である仕事の仕事負担に関するス

図1 病院看護師による禁煙支援に関連する要因の概念枠組み



トレッサー¹⁸⁾を用い、5項目について得点が高いほど仕事ストレスを感じていることを示す5段階で尋ねた。5項目の合計得点を分析に用いた。

禁煙支援方法に関する学習経験は、1項目について得点が高いほど学習経験が多いことを示す7段階で尋ねた。学習内容は依存性や害、ニコチン代替療法、カウンセリング法などの8項目についてリスト選択法で尋ねた。

禁煙支援方法に関する知識は、受動および能動喫煙により症状が誘発・悪化する疾患16項目、禁煙ステージとサポート方法6項目についてリスト選択法で尋ねた。22項目の合計得点を分析に用いた。

禁煙支援に対する態度は、先行研究⁶⁾を参考に、看護師が禁煙支援を行う責任や患者の禁煙支援の必要性など7項目について得点が高いほど積極的な態度であることを示す7段階で尋ねた。7項目の合計得点を分析に用いた。

禁煙支援への主観的規範は、先行研究¹¹⁾を参考に、同僚の看護師、看護師長、医師、病院長の4項目について、得点が高いほどその人から禁煙支援を求められていると感じていることを示す7段階で尋ねた。4項目の合計得点を分析に用いた。

禁煙支援への自己効力感は、禁煙支援の実践12項目について得点が高いほど支援できると感じていることを示す7段階で尋ねた。Five “A’s” 支援段階別の合計得点を算出し分析に用いた。

禁煙支援への意思は、1項目について得点が高いほど意思が高いことを示す7段階で尋ねた。

禁煙支援の実践は、Askについて1項目、Adviceについて3項目、Assessについて1項目、Assistについて6項目、Arrangeについて1項目の合計12項目について、「全く行っていない」、「まれに行う」、「時々行う」、「いつもあるいはたいてい行う」の4段階で尋ねた。Five “A’s” 支援段階別の合計得点を算出し分析に用いた。

禁煙支援の阻害要因に関する看護師の認識については、「看護師が患者様に禁煙支援を行うのに阻害する要因は何だと思いますか」の問いに対して、自由記述項目で尋ねた。

4. 分析方法

禁煙支援 Five “A’s” 支援段階別の合計得点と、性別、現在喫煙との関連性の検討には、Mann-Whitney 検定、年齢、病院看護師経験年数、仕事ストレス、学習経験の程度、害や支援法に関する知識、禁煙支援に対する態度、禁煙支援への主観的規範、自己効力感、意思との関連性の検討には、Spearman 順位相関分析を行った。Five “A’s” 支援段階別の合計得点を従属変数とし、多重共線性につ

いて確認した上で、基本属性を制御変数、概念枠組み内にある変数を独立変数とした重回帰分析(強制投入法)を行った。分析には SPSS16.0 を使用した。

自由記述項目については、ベレルソンの内容分析を用いた。1センテンスを1記録単位とし、個々の記録単位を意味内容の類似性に基づき分類・命名した。研究者3人でカテゴリの分類を行い、分類の一致率をスコットの式に基づき算出し、分類結果の信頼性を検討した。スコットの一致率とは実測値から偶然一致率を除外した率であり、本研究では70%を信頼性の判断基準とした。

5. 倫理的配慮

本研究は大阪大学医学部医学倫理委員会の承認を得た。機関の所属長に、1. 研究目的、2. 研究協力の任意性と協力の辞退の自由、3. 研究の方法、4. 個人情報保護、5. 研究成果の報告に関する説明を行い、同意書を取り交わした。研究者は、各部署の看護師長に本研究の主旨、調査協力は自由意志であること、調査に協力しないことで何ら不利益を蒙るものではないこと、匿名性の保持、データは目的以外に使用しないこと、データの厳重な取り扱い等を口頭および文章で説明した。各師長は所属の看護師に同様の説明を行い、調査票、返信用封筒を配布した。調査への回答をもって研究協力の受諾とした。

III 結 果

1. 基本属性と喫煙行動、仕事ストレス、禁煙支援方法に関する学習経験とその知識(表1, 2)

女性97.1%、平均年齢32.5歳、最終学歴は4年制大学と専門学校が多く、病院看護師の平均年数9.9年であった。所属病棟は消化器、神経・内分泌、循環器の順で高かった。しかし、所属病棟および外来か病棟勤務かを問う項目については未記入が多かったため、関連性の検討では分析に用いなかった。喫煙率9.4%、1日の喫煙本数9.8本、喫煙開始年齢20.2歳であった。仕事ストレススコアは、仕事量が多い、人手が不十分、超過勤務がある、時間がない、仕事にきりが無いの順で高かったが、5項目いずれも3.5点以上であった。禁煙支援方法に関する学習経験スコアは2.7点で、全く受けたことがない者(1とした者)が37.1%であった。学習経験がある者のうち学習内容別にみると、受動や能動喫煙の害は7~80%であったが、ニコチン代替療法、禁煙ステージ、カウンセリング法、たばこ検査では低かった。有害性に関する知識の正答率は、呼吸器系、循環器系、妊娠の影響では80%以上であったが、歯周病や胃潰瘍など喫煙と直接イメージしにくい疾患や、乳幼児への影響に関する疾患では低かっ

表1 基本属性と喫煙行動の記述統計結果

		有効 回答数	n ()内 は平均値	% ()内 はSD	
性別	女性		802	97.1	
	男性	826	24	2.9	
年齢 (歳)		814	(32.5)	(9.3)	
最終学歴	専門学校		302	37.2	
	短大	816	179	22.1	
	4年制大学		307	37.9	
	大学院		23	2.8	
病院看護師経験 (年)	821		(9.9)	(8.9)	
所属病棟	消化器		166	24.8	
	神経・内分泌		127	19.0	
	循環器		119	17.8	
	感覚器・整形	670	86	12.8	
	手術・ICU		85	12.7	
	産科・小児・婦人科		69	10.3	
	呼吸器		18	2.7	
現在喫煙者			75	9.4	
喫煙行動	前喫煙者		797	200	15.1
	非喫煙者			522	65.5

た。禁煙ステージ別の支援法に関する知識の正答率は、準備期と関心期のステージ選択では低かった。

2. 禁煙支援に対する態度、主観的規範、自己効力感、意思 (表3)

禁煙支援に対する態度スコアは、「入院中は禁煙するのに理想的な機会である」が最も高く、「入院中は喫煙よりも重要な問題はない」が最も低かった。禁煙支援への主観的規範スコアは、同僚の看護師、看護師長、医師、病院長のいずれも4.0~4.2点とほとんど差がみられなかった。禁煙支援への自己効力感スコアは、Ask, Advice, Assessでは4.5~5.6点と高かったが、Assist, Arrangeでは3.0~3.7点と低かった。禁煙支援への意思スコアは4.2点であった。

3. 禁煙支援の実践状況 (表4)

いつも行う者の割合をみると、Askでは56.9%であったが、Adviceでは24.3~32.6%、Assessでは15.4%、Assistでは2.8~5.7%、Arrangeでは5.8%であった。またFive "A's" 支援段階別に、「行っている (まれに、時々、いつも)」か「全くしない」のカテゴリを作成し、行っている者の割合をみても、Askでは87.8%、Adviceでは88.4%、Assessでは67.5%、Assistでは66.6%、Arrangeでは53.3%と、支援段階が進むにつれ低下していた。いずれの支援も全く行わない者は、9.0%であった。

表2 仕事ストレス、禁煙支援方法に関する学習経験とその知識の記述統計結果

		有効 回答数	n ()内 は平均値	% ()内 はSD
仕事ストレススコア ^{a)}				
	こなさなければならない仕事が多い	825	(3.9)	(1.0)
	人手が十分でない	827	(3.8)	(1.1)
	超過勤務をしなければならない	825	(3.7)	(1.1)
	十分な時間がない	826	(3.6)	(1.1)
	仕事に切りがない	827	(3.5)	(1.1)
禁煙支援方法に関する学習経験スコア ^{b)}				
学習経験の有無	全くなし	817	303	37.1
	あり		514	62.9
学習経験ありの者 (n=514) について、内容別経験率 (複数回答)	受動喫煙	512	435	85.0
	能動喫煙	512	382	74.6
	依存性	512	324	63.3
	禁煙のメリット	512	277	54.1
	ニコチン代替療法	512	231	45.1
	禁煙ステージ	512	75	14.6
	カウンセリング	512	42	8.2
	たばこ検査	512	17	3.3
禁煙支援方法に関する知識の正答率				
	能動喫煙-肺がん	827	815	98.5
	能動喫煙-妊娠への影響	825	780	94.5
	能動喫煙-ぜんそく	827	773	93.5
	受動喫煙-妊娠への影響	826	770	93.2
	受動喫煙-肺がん	826	766	92.7
	能動喫煙-心臓病	826	757	91.6
	能動喫煙-気管支炎	827	756	91.4
	能動喫煙-脳卒中	827	740	89.5
	受動喫煙-こどものぜんそく	826	725	87.8
	受動喫煙-大人のぜんそく	826	660	79.9
	受動喫煙-心臓病	825	531	64.4
	能動喫煙-歯周病	826	516	62.5
	受動喫煙-乳幼児の肺炎	825	481	58.3
	能動喫煙-胃潰瘍	827	460	55.6
	受動喫煙-乳幼児の突然死	826	385	46.6
	受動喫煙-乳幼児の中耳炎	825	145	17.6
	無関心期の禁煙ステージの選択	807	788	97.6
	無関心期の支援法	802	693	86.4
	準備期の支援法	799	658	82.4
	関心期の支援法	795	450	56.6
	準備期の禁煙ステージの選択	804	378	47.0
	関心期の禁煙ステージの選択	804	335	41.7

a) 1=そのような状況はない~5=非常に強く感じている

b) 1=全く受けていない~7=十分に受けた

表3 禁煙支援に対する態度, 主観的規範, 自己効力感, 意思の記述統計結果

変数・項目	有効 回答数	平均値	標準 偏差
禁煙支援に対する態度スコア ^{a)}			
入院中は禁煙するのに理想的な機会	827	5.4	1.5
入院中のストレスがあってもたばこは不必要	828	5.1	1.5
看護師は禁煙支援する責務がある	828	4.6	1.6
やめようとする患者以外にも禁煙支援をすべき	828	4.4	1.6
喫煙に関連しない疾患でも禁煙支援をすべき	826	4.3	1.7
たばこを吸う全ての患者は禁煙支援を受けべき	823	4.1	1.6
入院中は喫煙よりも重要な問題はない	826	3.4	1.5
禁煙支援への主観的規範スコア ^{b)}			
同僚の看護師	754	4.0	1.9
看護師長	805	4.2	2.0
医師	804	4.0	2.0
病院長	803	4.0	2.0
禁煙支援への自己効力感スコア ^{c)}			
Ask			
喫煙習慣を尋ねる	822	5.6	1.6
Advice			
禁煙するように言う	825	4.5	1.8
たばこの害を伝える	824	4.7	1.6
病気との関連を示す	822	4.7	1.6
Assess			
禁煙に関心があるか尋ねる	823	4.9	1.6
Assist			
禁煙の関心度に合わせて支援法を選択する	821	3.0	1.5
禁煙する日を決めるようアドバイスをする	823	3.4	1.8
ニコチンパッチの使用を勧める	824	3.3	1.8
禁煙外来の情報提供をする	822	3.4	1.9
他職種と連携をとって禁煙支援を進める	823	3.1	1.6
禁煙のパンフレットを使って援助する	822	3.4	1.7
Arrange			
友人・家族のフォローアップを促す	821	3.7	1.7
禁煙支援への意思スコア ^{d)}	808	4.2	1.5

a) 1 = 全く賛成しない~7 = 大いに賛成する

b) 1 = 全く感じない~7 = 大いに感じる

c) 1 = 全く自信がない~7 = 大いに自信がある

d) 1 = 全く意思がない~7 = 大いに意思がある

4. 禁煙支援の実践 (Five “A’s” 支援段階別) と看護師自身の要因との関連 (表5, 6)

Five “A’s” 支援段階別の合計得点と、性別、現在喫煙の有無との Mann-Whitney 検定の結果、Advice 3項目の合計得点と性別に有意差がみられ ($Z = -2.628, P = .009$), 男性の方が有意に高かったが、それ以外で関連は認められなかった。Five “A’s” 支援段階別の合計得点と、属性および概念枠組み内にある変数との Spearman 順位相関分析の結果、Five “A’s” のすべてにおいて、仕事ストレス、態度、主観的規範、自己効力感、意思は有意な正の相関を認めた。知識はいずれの支援においても、有意な相関は認められなかった。Five “A’s” 支援段階別の合計得点を従属変数とした重回帰分析の結果、年齢と看護師経験年数との間に多重共線性が認められたため、看護師経験年数を除外した制御変数と概念分析モデル内にある変数を独立変数とした重回帰分析を行った。その結果、Ask では、年齢が有意な負の影響を与え ($\beta = -.096$), 仕事ストレス ($\beta = .114$), 自己効力感 ($\beta = .447$) が有意な正の影響を与えていた (調整済み $R^2 = .242$)。Advice では、仕事ストレス ($\beta = .098$), 態度 ($\beta = .079$), 自己効力感 ($\beta = .471$), 意思 ($\beta = .094$) が有意な正の影響を与えていた (調整済み $R^2 = .337$)。Assess では、仕事ストレス ($\beta = .086$), 態度 ($\beta = .119$), 自己効力感 ($\beta = .268$), 意思 ($\beta = .183$) が有意な正の影響を与えていた (調整済み $R^2 = .219$)。Assist では、年齢 ($\beta = .094$), 学習経験 ($\beta = .081$), 自己効力感 ($\beta = .427$), 意思 ($\beta = .104$) が有意な正の影響を与えていた (調整済み $R^2 = .307$)。Arrange では、態度 ($\beta = .088$), 自己効力感 ($\beta = .316$), 意思 ($\beta = .144$) が有意な正の影響を与えていた (調整済み $R^2 = .206$)。

5. 禁煙支援を阻害する要因に対する看護師の認識 (表7)

記録内容が明確でないものを除外した結果、638 記録単位 (A 病院: 393, B 病院: 174, C 病院: 71) が抽出され、意味内容の類似性に基づき分類した結果、23 サブカテゴリが形成された。3 人の研究者によるスコットの一致率は 82.2% であった。記録単位数の最も多かったのが (以下「」は代表的な記録単位、『』はサブカテゴリを示す), 「入院が短縮化しており禁煙指導や介入がしにくい」などの『看護師の業務の多さ, 時間や人手のなさ』であった。次いで「禁煙に関して患者の無関心の態度や姿勢」などの『患者の禁煙する意思の低さ』, 「入院生活や疾病を抱えてストレスが多いこと」などの『患者のストレス, ストレス解消法が禁煙』, 「看護師の喫煙

表4 禁煙支援12項目の記述統計結果

	有効 回答数	全くしない %	まれに行う %	時々行う %	いつも行う %
Ask ^{a)}	813	12.2		87.8	
喫煙習慣を尋ねる	813	12.2	10.5	20.4	56.9
Advice ^{a)}	804	11.6		88.4	
禁煙するように言う	813	16.0	18.9	32.5	32.6
たばこの害を伝える	814	19.7	23.0	33.0	24.3
病気との関連を示す	816	17.2	21.8	33.1	27.9
Assess ^{a)}	807	32.5		67.5	
禁煙に関心があるか尋ねる	807	32.5	25.3	26.9	15.4
Assist ^{a)}	773	33.4		66.6	
禁煙の関心度に合わせて支援法を選択する	791	45.3	29.7	19.3	5.7
(禁煙に関心がある患者に対し) 禁煙する日を決める ようアドバイスをする	810	68.1	17.4	10.4	4.1
(禁煙に関心がある患者に対し) ニコチンパッチの使用 を勧める	808	64.5	18.8	13.9	2.8
(禁煙に関心がある患者に対し) 禁煙外来の情報提供 をする	805	65.8	18.6	10.3	5.2
(禁煙に関心がある患者に対し) 他職種と連携をとっ て禁煙支援を進める	804	64.7	20.5	11.3	3.5
(禁煙に関心がある患者に対し) 禁煙のパンフレット を使って援助する	805	73.2	15.5	8.1	3.2
Arrange ^{a)}	806	46.7		53.3	
(禁煙に関心がある患者に対し) 友人・家族のフォ ローアップを促す	806	46.9	28.3	19.2	5.8

a) Five “A’s” 支援段階別に、「行っている（まれに、時々、いつも）」か、「全くしない」のカテゴリを作成して集計した。

Advice と Assist については、「全くしない」は、いずれの項目も全くしない者と回答した者の割合を示す。

の影響、禁煙支援方法、カウンセリング法に関する知識不足」「強要や押し付けがましくする」などの『看護師の不十分な知識・技術』、「自己の喫煙習慣や喫煙歴」や「禁煙や喫煙したことがない看護師が患者に禁煙支援を行っても気持ちを分かってもらえないこと」などの『看護師の喫煙、非喫煙』、「喫煙できる環境が多すぎる、喫煙コーナーがある、前のコンビニにたばこが売ってある」、「喫煙に対する世間の寛容さ」、「テレビ・雑誌などのメディアで喫煙している姿を格好良くとらえている」などの『社会的寛容さ』であった。

IV 考 察

わが国において看護職が行う禁煙支援に関する調査報告は、日本看護協会が所属する看護職全般（ほとんどが医療機関に勤務する看護師）を対象に行ったもの⁸⁾と、田中らががん専門医療施設に勤務する看護師を対象に行ったもの⁷⁾がある。前者では、全体の59.3%（全く行わないと回答した者以外の割合、無回答を除く）が喫煙について尋ね記録していると

回答し、喫煙の危険性や禁煙の重要性について助言している者は64%であった。後者では、全体の99%が喫煙習慣を尋ねており、禁煙するように言う者は97%、禁煙に関心がある患者に禁煙方法を助言する者は99%であったとしている。一方、本調査では、喫煙の有無を尋ねる（Ask）者は87.8%、禁煙を勧める（Advice）者は88.4%、禁煙する意思を評価する（Assess）者は67.5%、禁煙を試みることを支援する（Assist）者は66.6%、再喫煙を防止するために支援する（Arrange）者は53.3%であり、いずれの支援も全く行わない者はわずか9.0%であった。前述の調査とは、対象者の職種や所属病棟が異なるため直接比較することはできないが、がん専門医療施設と同様に、本調査においても、病院看護師のほとんどが喫煙習慣を尋ね、禁煙を勧めた経験があることが確認された。しかしながら、「いつも、あるいはたいてい行う」と回答した者をみると、喫煙の有無を尋ねる者は56.9%、禁煙を勧める者は24.3~32.6%と少なく、日常の看護行為の中で浸透しているとはいえない現状であった。また、禁煙を勧めた

表5 禁煙支援（Five “A’s” 支援段階別）と、年齢、病院看護師経験、仕事ストレス、禁煙支援方法に関する学習経験、害や支援法に関する知識、禁煙支援に対する態度、主観的規範、自己効力感、意思との相関分析結果

	Ask ^{h)}		Advice ⁱ⁾		Assess ^{j)}		Assist ^{k)}		Arrange ^{l)}	
	n		n		n		n		n	
年齢（歳）	797	-.075*	789	.136**	792	.066	761	.253**	791	.150**
病院看護師経験年数（年）	805	-.015	797	.182**	800	.113**	767	.289**	799	.190**
仕事ストレススコア ^{a)}	809	.135**	800	.160**	802	.136**	770	.099**	801	.108**
禁煙支援方法に関する学習経験スコア ^{b)}	801	.039	791	.078*	794	.082*	761	.077*	793	.085*
禁煙支援方法に関する知識スコア ^{c)}	761	.054	756	.012	758	.044	731	.015	758	.014
禁煙支援に対する態度スコア ^{d)}	802	.178**	793	.344**	795	.290**	763	.259**	794	.254**
禁煙支援への主観的規範スコア ^{e)}	733	.093*	725	.230**	726	.206**	697	.222**	725	.196**
禁煙支援への自己効力感スコア ^{f)}	806	.490**	797	.569**	802	.366**	763	.465**	799	.410**
禁煙支援への意思スコア ^{g)}	813	.245**	804	.392**	807	.347**	773	.295**	806	.298**

Spearman 順位相関分析

表中数値は相関係数

* = $P < .05$ ** = $P < .01$

a) 1 = そのような状況はない～5 = 非常に強く感じている 5項目の合計得点

b) 1 = 全く受けていない～7 = 十分に受けた

c) 1 = 正解 0 = 不正解 22項目の合計得点

d) 1 = 全く賛成しない～7 = 大いに賛成する 7項目の合計得点

e) 1 = 全く感じない～7 = 大いに感じる 4項目の合計得点

f) 1 = 全く自信がない～7 = 大いに自信がある Five “A’s” 毎の合計得点

g) 1 = 全く意思がない～7 = 大いに意思がある

h) 1 = 全くしない～4 = いつも行う 1項目の得点

i) 1 = 全くしない～4 = いつも行う 3項目の合計得点

j) 1 = 全くしない～4 = いつも行う 1項目の得点

k) 1 = 全くしない～4 = いつも行う 6項目の合計得点

l) 1 = 全くしない～4 = いつも行う 1項目の得点

経験がある者が9割弱であったのに、禁煙へ意思を評価し、支援した経験がある者は5～6割と下っており、禁煙を勧めた後の支援が十分なされていない現状が伺えた。Bolman ら³⁾は、病院看護師が禁煙への関心度や自己効力感を評価し、それらが高めるカウンセリングを行う数回の会話で完了させることができる簡単な介入を行ったところ、通常のケアだけを行った対象群に比べ、禁煙率は2.1倍であったと報告している。禁煙成功率を高めていくためには、すべての喫煙者に禁煙を勧めるとともに、禁煙への関心度を評価し、その関心度に合わせた支援を行うという行動科学的なアプローチを取り入れた支援を推進していく必要があると考えられた。

本調査ではまた、病院看護師の禁煙支援には、看護師自身の喫煙、禁煙支援方法に関する知識、禁煙支援への主観的規範からの影響はみられず、年齢、仕事ストレス、禁煙支援に対する態度、自己効力感、意思が有意な影響を与えることが確認された。特に、禁煙支援への自己効力感、禁煙支援への意思、禁煙支援に対する態度が高い看護師ほど、実施率の低かった禁煙への意思を評価し、禁煙や再禁

煙を支援する頻度が高かった。しかしながら、単純集計では、病院看護師は禁煙支援に対して積極的な態度をもち、その意思は高かったものの、禁煙や再喫煙を支援する自己効力感は低かった。このことから、自己効力感を高めていくことが、病院看護師による禁煙に有効な支援を促進することにつながると推察した。Barta ら¹⁹⁾が行った5Aアプローチの手法についてのロールプレイを含んだ2時間のトレーニングプログラムでは、5Aアプローチへの自己効力感や実践が高まったと報告している。また、蓮尾ら²⁰⁾が行ったオンザジョブトレーニングを柱とした禁煙指導強化のための取り組みでは、自己効力感が高まり、患者の準備性に応じた具体的な禁煙の方法を示す行為が高まったと報告している。本調査では、禁煙支援方法に関する学習経験を全く受けたことがない者が37%おり、学習経験がある者でも、禁煙ステージやカウンセリング法はわずかしか受けていなかったことを考えても、看護基礎・継続教育において、自己効力や実践を高めるトレーニングプログラムの一層の普及を図ることが必要であると考えられた。

表6 禁煙支援 (Five “A’s” 支援段階別) を従属変数とした重回帰分析結果

独立変数	Ask ⁱ⁾ (n=648)	Advice ^{k)} (n=641)	Assess ^{l)} (n=643)	Assist ^{m)} (n=619)	Arrange ⁿ⁾ (n=642)
性別 ^{a)}	-.044	.031	.002	-.035	.004
年齢 (歳)	-.096*	-.021	-.008	.094*	.046
現在喫煙 ^{b)}	-.045	-.052	-.020	-.031	-.030
仕事ストレススコア ^{c)}	.114**	.098**	.086*	.008	.065
禁煙支援方法に関する学習経験スコア ^{d)}	-.058	-.005	.032	.081*	.040
禁煙支援方法に関する知識スコア ^{e)}	-.006	-.044	-.040	-.047	-.034
禁煙支援に対する態度スコア ^{f)}	.074	.079*	.119**	.078	.088*
禁煙支援への主観的規範スコア ^{g)}	.009	.040	.057	.048	.033
禁煙支援への自己効力感スコア ^{h)}	.447**	.471**	.268**	.427**	.316**
禁煙支援への意思スコア ⁱ⁾	.022	.094*	.183**	.104**	.144**
R ²	.254	.347	.231	.319	.219
調整済み R ²	.242	.337	.219	.307	.206

表中数値は標準偏回帰係数

* = $P < .05$ ** = $P < .01$

- a) 1 = 女性 0 = 男性 b) 1 = あり 0 = なし
c) 1 = そのような状況はない ~ 5 = 非常に強く感じている 5 項目の合計得点
d) 1 = 全く受けていない ~ 7 = 十分に受けた
e) 1 = 正解 0 = 不正解 22項目の合計得点
f) 1 = 全く賛成しない ~ 7 = 大いに賛成する 7 項目の合計得点
g) 1 = 全く感じない ~ 7 = 大いに感じる 4 項目の合計得点
h) 1 = 全く自信がない ~ 7 = 大いに自信がある Five “A’s” 毎の合計得点
i) 1 = 全く意思がない ~ 7 = 大いに意思がある
j) 1 = 全くしない ~ 4 = いつも行う 1 項目の得点
k) 1 = 全くしない ~ 4 = いつも行う 3 項目の合計得点
l) 1 = 全くしない ~ 4 = いつも行う 1 項目の得点
m) 1 = 全くしない ~ 4 = いつも行う 6 項目の合計得点
n) 1 = 全くしない ~ 4 = いつも行う 1 項目の得点

病院看護師が禁煙支援を行うための阻害要因であると最も認識していたのが、先行研究^{5,7,10,13})と同様に、『看護師の業務の多さ、時間や人手のなさ』であった。現在では限られた診療時間のなかで効率よく行うためのクリティカルパス²¹⁾や禁煙支援ソフト²²⁾が開発されており、インターネットを利用して禁煙支援の教材や情報も手軽に入手できるよう工夫されてきている。効果的な禁煙支援を行えるよう、現場の実情に応じた様々な工夫ができるものと考えられた。

本研究の限界点としては、3つのことが挙げられる。まず、本研究の対象施設が研究に同意を得られた3病院に限られていたこと、さらに対象者の喫煙率が9.4%であり、先行研究の日本看護協会による平成13年度看護師とたばこ実態調査の結果(25.7%)と比較しても明らかに低いことから、選択バイアスがあることは明確である。2番目として、本研究では自記式調査用紙を用いており、報告は全て対象者である看護師の主観によるものであるため、禁煙支援の実践は、実際の実践量と異なる可能性が生じる

ことである。3番目は、禁煙支援の実践12項目に関して問題点が挙げられる。たとえば Arrange では「家族・友人のフォローアップを促す」のみであるなど、支援段階すべてを網羅しているとは言い難い。したがって項目の再検討が必要である。

V 結 語

看護職の中でも病院看護師に焦点をあて、禁煙に有効性が示されている支援の実践状況とその関連要因を検討することにより、今後の禁煙支援の実践向上に向けた課題を明らかにすることを目的とした。

その結果、喫煙の有無を尋ねる (Ask) 者は87.8%、禁煙を勧める者 (Advice) は88.4%、禁煙する意思を評価する (Assess) 者は67.5%、禁煙を試みることを支援する (Assist) 者は66.6%、再喫煙を防止するために支援する (Arrange) 者は53.3%であり、喫煙習慣を尋ね、禁煙を勧めることは実践されていても、禁煙へ意思を評価し、関心度に合わせて支援していくことは、十分実践されていないことが把握された。禁煙支援(Five “A’s” 支援段階別)

表7 禁煙支援を阻害する要因に対する看護師の認識についての内容分析結果

カテゴリ	サブカテゴリ	記録単位	全記録単位に占める%
看護師要因	看護師の業務の多さ, 時間や人手のなさ	104	16.3
	看護師の不十分な知識・技術	64	10.0
	看護師の喫煙, 非喫煙	62	9.7
	看護師の禁煙支援に対する意欲・認識の低さ	21	3.3
	看護師以外の医療従事者の喫煙	13	2.0
	看護師のストレス	12	1.9
	看護師が信頼関係の崩壊を危惧	8	1.3
	看護師の自信のなさ	7	1.1
	看護師同士や他機関・職種との連携不足	7	1.1
	看護師と患者とのコミュニケーション不足	5	0.8
	患者より若い看護師からの禁煙支援	2	0.3
	患者要因	患者の禁煙する意思の低さ	95
患者のストレス, ストレス解消法が禁煙		84	13.2
患者の疾患が喫煙と関係の薄かったり, 予後が短いこと		26	4.1
患者のたばこへの高い依存性や習慣化		24	3.8
患者の生き方や健康感		19	3.0
患者の家族・友人の協力のなさ		16	2.5
患者が入院期間で暇		4	0.6
患者が禁煙をすることで生じる他疾患への影響		2	0.3
環境要因	社会的寛容さ	40	6.3
	禁煙支援の資源・教育機会がない	10	1.6
	不十分な継続支援システム	7	1.1
	医師の不適切な態度	6	0.9

を従属変数とした重回帰分析の結果から, 実践率の低かった, 禁煙する意思を評価する (Assess) こと, 禁煙を試みることを支援する (Assist) こと, 再喫煙を防止するために支援する (Arrange) ことには, とくに禁煙支援への自己効力感, 禁煙支援への意思, 禁煙支援に対する態度が, 有意に正の影響を与えることが確認された。しかし, 関連する要因の単純集計の結果をみると, 禁煙支援へ積極的な態度をもち, その意思は高かったが, 自己効力感は低かった。実践率が低かった, 禁煙への意思を評価し, 関心度に合わせた支援を推進, 強化するためには, 自己効力感を高めることが必要であり, 看護継続教育

において自己効力感を高めるトレーニングプログラムの普及が課題である。

本研究にご協力を賜りました看護師の皆様へ深く感謝いたします。本研究の実施には, 文部科学省科学研究費補助金若手研究 (B) (課題番号 19791755) の助成を受けた。

(受付 2009. 1.26)
(採用 2009.11. 9)

文 献

- Rice VH, Stead L. Nursing intervention and smoking cessation: meta-analysis update. *Heart Lung* 2006; 35 (3): 147-163.
- Rigotti N, Munafo M, Stead L. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 18(3): CD001837.
- Bolman C, de Vries H, van Breukelen G. Evaluation of a nurse-managed minimal-contact smoking cessation intervention for cardiac inpatients. *Health Educ Res* 2002; 17(1): 99-116.
- Bolman C, de Vries H, van Breukelen G. A minimal-contact intervention for cardiac inpatients: long-term effects on smoking cessation. *Prev Med* 2002; 35(2): 181-192.
- Sarna LP, Brown JK, Lillington L, et al. Tobacco interventions by oncology nurses in clinical practice: report from a national survey. *Cancer* 2000; 89(4): 881-889.
- McCarty MC, Hennrikus DJ, Lando HA, et al. Nurses' attitudes concerning the delivery of brief cessation advice to hospitalized smokers. *Prev Med* 2001; 33 (6): 674-681.
- 田中英夫, 木下洋子, 蓮尾聖子, 他. がん(成人病) 専門医療施設に勤務する看護婦の禁煙指導の現況. 厚生省の指標 2001; 48(11): 22-27.
- 日本看護協会専門職業務部. 2006年看護職のたばこ実態調査報告書. 東京: 日本看護協会, 2007; 3-47.
- Chan SS, Sarna L, Wong DC, et al. Nurses' tobacco-related knowledge, attitudes, and practice in four major cities in China. *J Nurs Scholarsh* 2007; 39(1): 46-53.
- Goldstein AO, Hellier A, Fitzgerald S, et al. Hospital nurse counseling of patients who smoke. *Am J Public Health* 1987; 77(10): 1333-1334.
- Segaar D, Bolman C, Willemsen MC, et al. Determinants of adoption of cognitive behavioral interventions in a hospital setting: example of a minimal-contact smoking cessation intervention for cardiology wards. *Patient Educ Couns* 2006; 61(2): 262-271.
- Bolman C, de Vries H, Mesters I. Factors determining cardiac nurses' intentions to continue using a smoking cessation protocol. *Heart Lung* 2002; 31(1): 15-24.
- Swenson I, Dalton JA, Nettles-Carlson B, et al. Nurses counseling patients about smoking cessation--why, when, and how. *Hosp Top* 1991; 69(4): 27-29.

- 14) De Vries H, Mudde A. Predicting stage transitions for smoking cessation applying the attitude-social influence-efficacy model. *Psychological Health* 1998; 13(2): 369-385.
 - 15) Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process* 1991; 50(2): 179-211.
 - 16) Nash R, Edwards H, Nebauer M. Effect of attitudes, subjective norms and perceived control on nurses' intention to assess patients' pain. *J Adv Nurs* 1993; 18(6): 941-947.
 - 17) Vermette L, Godin G. Nurses' intentions to provide home care: the impact of AIDS and homosexuality. *AIDS Care* 1996; 8(4): 479-488.
 - 18) 東口和代. 臨床看護職者の仕事ストレスについて 仕事ストレス測定尺度の開発と心理測定学的特性の検討. *健康心理学研究* 1998; 11(1): 64-72.
 - 19) Barta SK, Stacy RD. The effects of a theory-based training program on nurses' self-efficacy and behavior for smoking cessation counseling. *J Contin Educ Nurs* 2005; 36(3): 117-123.
 - 20) 蓮尾聖子, 田中英夫, 脇坂幸子, 他. 看護師に対する禁煙指導強化のための取り組みとその効果. *日本公衆衛生雑誌* 2004; 51(7): 496-506.
 - 21) 古賀智影, 益留まさ子, 門田ひろ子, 他. 外科系外来看護師による禁煙支援のあり方を考える 禁煙支援クリニックパス調査結果から. *看護展望* 2008; 33(3): 344-349.
 - 22) 西村ちひろ, 立岡和枝, 松下紀代美, 他. 禁煙支援ソフトを用いた保健師による個別禁煙相談の実際. *CT 検診* 2006; 13(2): 175-180.
-

The status of smoking cessation support by nurses in general hospitals, and related factors

Shizuko ARIMA^{*}, So YAYAMA^{2*}, Hiroshi MIKAMI^{*}, Midori TANIGAWA^{3*},
Hideko MINEGISHI^{4*}, Akiko TANAKA^{5*}, Mitoko SENZAKI^{5*}, Yaeko OISHI^{6*} and Masayo OGIWARA^{6*}

Key words : hospital nurses, smoking cessation, nursing education

Objective To examine the status of smoking cessation support by nurses in general hospitals, as well as related factors

Methods We conducted a questionnaire survey of 1,206 nurses working in three hospitals (inpatient and outpatient departments), and received 830 valid responses. We collected information in the following areas: sociodemographics, smoking status, work-related stress, experience of learning how to support smoking cessation, knowledge about smoking hazards and methods of assistance with quitting smoking, attitudes towards supporting smoking cessation, subjective norms to support smoking cessation, self-efficacy in smoking cessation support, intention to smoking cessation support, and status of smoking cessation support (Five “A’s”). Multiple regression analysis was performed in order to identify factors related to status of smoking cessation support. We explained to subjects, both in verbal and written form, the purpose of the study, maintenance of anonymity, and the data handling and protection of confidentiality.

Results Nurses who asked patients about their smoking status (Ask) accounted for 87.8% of the total, and 88.4% advised them to quit smoking (Advice). A total of 67.5% assessed the intentions of patients to quit (Assess), 66.6% assisted their attempts to quit (Assist), and 53.3% arranged programs to prevent patients from slipping back into the habit (Arrange). The positive influential factors on “Assess” were work-related stress, attitudes, self-efficacy and intention. The positive influential factors for “Assist” were age, experience of learning, self-efficacy, intension. For “Arrange” they were attitudes, self-efficacy and intention. The results suggested that hospital nurses showed positive attitudes towards supporting smoking cessation and were highly motivated. On the other hand, 37.1% had not yet learned methods to support smoking cessation, particularly nicotine replacement therapy, the stages of cessation, and counseling methods and self-efficacy of the support related to them was low.

Conclusions In order to encourage nurses to “Assess”, “Assist”, and “Arrange”, it is necessary to spread training programs which raise self-efficacy.

* Division of Health Sciences, Osaka University Graduate School of Medicine

2* Division of Nursing, Osaka University Hospital

3* Division of Nursing, Osaka University Hospital (former position)

4* Kitasato University School of Nursing

5* Division of Nursing, Kitasato University East Hospital

6* Division of Nursing, Kitasato Institute Hospital