

研究報告

救命救急センターにおける重症くも膜下出血患者の 配偶者に対する看護実践の記述

林 みよ子*

Description of Nursing Process to the Spouse of Sever Subarachnoid Hemorrhage Patient in the Emergency Room

HAYASHI Miyoko

キーワード：家族看護、配偶者、救急看護、看護実践プロセス、アクションリサーチ
Key Words：Family Nursing, Spouse, Emergency Nursing, Nursing Process
Action Research

Abstract

The purpose of this study was to describe the continuous nursing process to the spouse of sever subarachnoid hemorrhage patient in the emergency room. The data were collected and analyzed inductively using the method of the action research after obtaining the spouse's consent.

The participant was Mr. A, who was 68-years-old male. I recognized his growth as follows; at first, he kept clam and refused the support from others, but he gradually grew up to show his emotion and consider his new role in that situation. It was considered that my continuous nursing intervention could open our minds through the mutual interchange and provide him a safety place. When the patient's consciousness was not recovered though her condition was stabilized, Mr. A was unsettled by decreasing the medical staff's visits to the patient. In such situation, my intervention produced his mental support that he realized providing the best medical treatment for the patient and maintaining the medical staff's concern about her. In addition, my intervention could inform him of the patient's condition changing every moment and its significance. Therefore, it was considered that the continuous nursing intervention to a spouse in the emergency room was very important.

要旨

本研究は、救命救急センターに搬送される代表的疾患である重症くも膜下出血患者の配偶者への看護実践プロセスを記述・分析することを目的とした。対象は同意の得られた1名の配偶者で、アクションリサーチを用いた質的記述的研究を行った。

配偶者は、A氏、68歳の男性であった。A氏は、冷静に振る舞い他者の支援を受けない状況から、ありのままの思いを語り、自らの新しい役割を検討するまでに成長した。看護師の継続的なかわりは、相互の交流を深めて互いを開放させ、配偶者に安全な場所を提供できると考える。また、病態が安定しても意識が回復しない時に医療者の訪室が減少したことで、A氏の希望が揺らいだ。このような状況の中での看護師のかわりは、配偶者が、患者に最善の治療が行われ、医療者の関心が注がれていることを実感できる精神的サポートであり、刻々と変化する患者の病状を受け止め、意味づけるための知識を提供する重要なかわりであるとも言える。

1. はじめに

救急医療は、1950年代から始められ、医療機器の普及に伴ってますます発展してきた。次第に、患者の救命に対する医学的介入に留まらず、家族に対する配慮の重要性が議論され始め、救急看護領域においては1980年代から家族を対象とした研究が積極的に行われてきた。

家族は、状況を理解するための情報や最善のケアを受けている保証を強く求め (Hicky, 1990; Leske, 1991)、さまざまな方法を用いて状況に対処している (Koller, 1991; Twibell, 1998)。家族にとって最も重要なニーズは希望であり (Gelling, 1999; Plowright, 1995)、適切な情報提供は希望を強化し、新しい希望を見出す支援が家族にポジティブな結果をもたらす (Tracy, Fowler & Magarelli, 1999)。このような反応は、患者との続柄によって相違があり、配偶者が最も大きな衝撃を受けている (Titler, 1991; Leske, 1992)。これまでに検討された効果的な介入を実践する試みもなされており、看護師とのコミュニケーションや情報提供によって、家族の不安は軽減され、ケアの満足度も高まることが明らかにされている (Halm, 1990; Daley, Kleinpell & Lawinger et al, 1994; Medland, 1998; Appleyard, Gavaghan & Gonzalez et al, 2000)。しかし、実践の場においては今もって、

家族に対するかわりの希薄さが指摘されている (佐藤, 1997; 城, 2002)。

本来、看護援助は、変化する対象の反応を、その時々判断して援助し、それに対する反応から次の援助を検討するダイナミックなプロセスである。救急医療の場における家族援助は、患者の病状も家族の心理状態も刻々と変化するため、より一層複雑なプロセスであると推測されるが、この看護実践の中でどのような事が起きているのか、未だ明らかではない。吉田 (2002) は、看護学においては、人間の成長に向けたプロセスに入り込み、プロセスを重視する視点が重要であり (p.919)、家族への有効な看護援助を見出すためには、この複雑なプロセスにおける家族と看護師の相互作用場面を詳細に分析する必要がある (p.923) と述べている。これまでに、癌患者や透析患者との看護面接が患者の成長を支援できる (広瀬, 1993; 遠藤, 1997) ことは報告されているが、救急看護領域における看護実践のプロセスを記述した研究は見当たらない。以上のことから、救急現場の看護師による、家族への対話を中心とした継続的な看護実践は効果的であることが示唆され、それを実践・分析して今後の家族への看護を検討する資料を得る必要があると考えた。

そこで、本研究は、救命救急センターに搬送される代表的な疾患の1つである重症くも膜下出血患者の配偶者への看護を実践し、そこで生じ

る相互作用から看護援助が配偶者にどのような影響を与えているのかを明らかにすることを目的とした。

Ⅱ. 研究方法

A. 研究デザイン

アクションリサーチを用いた質的記述的研究デザインとし、アプローチは Kemmis & McTaggartの提唱したアクションリサーチ・スパイラル (action research spiral) を用いた。このアプローチは、問題状況の変化を目指して計画・実践・リフレクション・観察という一連の流れを螺旋的に繰り返すものである。看護師の継続的なかかわりによる変化を記述することを目的とする本研究では、現場で生じた出来事に対応しながら進めるこの方法が適切であると考え、選択した。

B. 研究参加者

研究参加者は、突然の発症によって救命救急センターに搬送された重度くも膜下出血患者の配偶者1名である。

C. 看護介入の実践プロセス

かかわりの期間は、配偶者の情緒が安定したと思われた後から患者が救命救急センターを退

室するまでとし、状況に応じて毎日あるいは2～4日ごとにかかわった。かかわりは、治療方針・看護方針の確認や情報交換など医療チームと協調しながら研究者が行った。進め方は、かかわりが必要であると思われる配偶者の問題を明らかにして、それを解決するためのかかわり方を検討し、看護援助を実施しながら配偶者の変化を捉えて新たな問題を捉えていくというプロセスを1つの段階として、それを繰り返して行った。主として面会時間に病室でかかわり、その他状況に合わせて病棟の面談室やロビーなどでかかわった。

かかわり方は、先行文献からの示唆および対象と看護師との相互交流を強調するPaterson & Zderadのヒューマニスティックナーシングの理論を前提として、できるだけ配偶者との対話を多くすることを基本姿勢とした。

D. データ収集期間

データ収集期間は、平成13年8月中旬から9月下旬であった。この間、19日間かかわり、1回のかかわり時間は15～120分で、延べ時間数は約1300分であった。

E. データ収集方法

配偶者に対するかかわりを、その時の配偶者の反応や筆者自身の感情を含めて記録した。ま

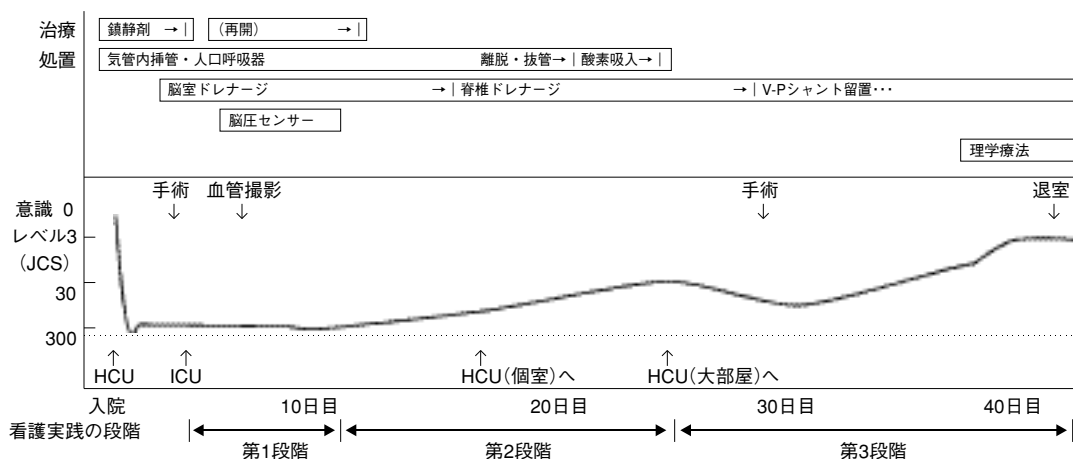


図1. 患者の経過

た、配偶者と他者（他の医療者、家族員、患者）とのかかわり場面を参加観察し、適宜インタビューを行って逐語的に記録した。

F. データ分析方法

分析は、適宜、指導教授のスーパーバイズを受けながら行った。看護実践プロセスの記述を精読して段階毎に意味のある場面を抽出し、配偶者および看護師の心理状態の変化や両者の関係性を明らかにし、看護師のかかわりが配偶者

に及ぼした影響を分析した。

G. 倫理的配慮

配偶者の情緒が安定したと思われた時に文書で研究の趣旨を説明し、プライバシーの保護や匿名性の保持、自由に中断できること、患者の急変時には直ちに対処することを約束した。配偶者には、これらを了解した上で同意書に署名してもらい、承諾を得た。そして、毎回かかわる前に配偶者の許可を得るようにした。

A氏の状況と入院時の患者の状態

- ・ 68歳、男性。会社役員まで勤め、60歳で定年退職。何事も自分で決めるワンマンな性格。2人の息子がおり、現在長男との3人暮らし。次男は独立。
- ・ 患者K子、65歳。夫の前で頭痛を訴え、自家用車で近院受診。くも膜下出血と診断され、某大学病院救急救命センターに搬送される。軽症であると説明され、2日間の待機の後、動脈瘤根治術施行。術後、意識障害を来す。状況を冷静に受け止めているように見える。

入院5日目からかかわり開始

第1段階

- <問題> 冷静な対応をしているが、突然の予想しない出来事に不安が高いと推測される。
- <計画> 患者の病状が把握できるための情報提供
ありのままの感情を語る場の提供
- <実施・評価> A氏への接近が困難であったが、面会に同席して言葉を交わし情報提供を続けた。次第に、A氏が行動とは違い衝撃を受けており、回復に対する希望が揺らいでいることが把握できた。A氏も自分の思いを語るように変化した。

第2段階

- <問題> 期待したようには回復せず、希望を見失っている。また、息子たちが仕事を再開し、支援が得られにくい状況にある。
- <計画> 病状が的確に解釈できるための情報提供……情報の意味を解釈して伝える
積極的に信頼を深める関係づくり
- <実施・評価> 初めてA氏が現わした怒りを受け止めた。それが、信頼を深めるきっかけとなり、A氏はさまざまな思いを語った。また、A氏と共に患者に声をかけケアを行った。患者の意識は回復したが、A氏は、転室によって医療者の訪室機会が減少したこと、突然に水頭症の手術および転院を聞かされたことなど次々に生じる出来事に不安を高めた。

第3段階

- <問題> 患者の回復に対する大きな期待とさまざまな問題に対する不安がある状況で、予後を把握するための専門的知識を要する状況にある。
- <計画> 状況を予測することのできる情報の提供
患者の状況に応じたケアを共に行ない、関わり方のモデルを提示
- <実施・評価> 共に患者にかかわる中で、A氏は、次第に状況を受け止め、自発的に情報を求め、ケアに参加するようになった。そして、患者が片麻痺を有することになっても、可能性のある限り訓練を続けられる支援をする覚悟を語る。

42日目一般病棟へ退室。かかわり終了

図2. A氏に対する実践プロセスの経過

Ⅲ. 結果

研究参加者は、A氏、68歳の男性である（生活背景や患者の経過の概要は、図1および図2に示した）。A氏に対する看護実践は、3段階であった。各段階でのかかわりを以下に述べる。

A. 第1段階（入院5日目から9日目）

この段階では、5日間毎日かかわった。面会時間が30分に制限されているため、1回のかかわりは15～30分間であった。

意識清明で入院した患者が術後から意識障害を起したことから、A氏への支援が必要であると考え、かかわり始めた。A氏は、腕組みをしてベッドに近づき、少し離れて患者に声をかけた。表情は険しく、反応のないことに落胆しているようであった。医師が意識障害の持続を説明すると、A氏は腕組みをしたまま息子に患者に声をかけるよう指示し、自分は医師に病状を尋ねた。患者のよい兆候を目にすることで、A氏が少しでも安心できるのではないかと考え、医師の説明の後、患者の身体を揺さ振り開眼する姿を見せた。A氏は、「おお眼を開けたぞ。わかるのか」と患者に声をかけ、一瞬表情を緩ませて15分程で退室した。全てを医師に任せるしかない状況で、よい兆候に希望をつなぎ、意識が戻るその日を待っているように感じられた。しかし、A氏の冷静な姿勢や詳細な情報を求めて医師に質問を続ける姿に、迂闊なことが言えない緊張感を抱き、信頼関係が不十分な今、かかわることを拒否される恐怖心もあり、A氏への積極的な接近ができないでいた。

入院から6日目、脳血管攣縮が発見され、2～3日間の鎮静剤投与の続行が決定された。この状況を説明された時も、A氏は「薬が中止されるまで、待つしかない」と冷静に受け止めていた。しかし、言動とは裏腹にショックを受けているように感じられ、その場を離れることはできなかった。しばらくしてA氏は、ドレーンを指し「赤いの、ちょっと薄まったと思いませんか」、ベッドサイドモニターを見て「これ位の脳圧ならいいっておっしゃってましたよね」と、よい兆候を見つけて同意を求めてきた。病状が安定し

ている保証を求めていると思い、同意した。A氏がどのような思いでいるのか知りたいと思い、しばらく沈黙が続いたあと、「面会を楽しみにされてたと思うんですけど」と話しかけた。「前はね、面会に来る時には“目が醒めてるかな”とか、“喉の管がとれてるかな”って楽しみだったけどね。今は、麻酔がかかっているからね。長期戦でいくつもりで、そんな気になりました。ただ、急変しなければいいなって思うね。」と淡々とした口調で語り、足早に病室を出た。何となく受け入れられていない感じがし、まだ深くかかわれない恐怖心のような思いがあった。

脳血管攣縮が発見されて3日、病状に変化はなく、鎮静剤投与が続けられることになった。この日を心待ちにしていたA氏がどれほどショックを受けているか心配しながら面会時間を待った。医師から状況が説明され、A氏は黙って聞いていた。私自身、訪室する度に病状が悪化傾向にあることを辛く感じていたため、思わず「来る度に状況が違いますよね」とA氏に話しかけた。A氏は、「この眠らせる治療は、2～3日続けるってことでしたよね。今日で決まるって思っていましたから、“今日になれば良くも悪くもどうにか変わる”って期待してきたんですけど……結局、まだ眠らせるんじゃないかねえ」と残念そうに話した。最悪の場合も覚悟していることに驚くと、声を大きくして「悪くも考えましたよお。いい結果が出るとは限らないですからね」と苦笑して言った。不確実な状況が続く中で、最悪の場合を覚悟してきた辛さを感じ、改めて表面には出さない感情を抱いているように感じられた。そこで、家庭での様子を家族に尋ねてみると、“もうこのまま目を開けないかもしれない”と落胆していることが判明した。病院では見せない本当の姿であった。かかわって数日間を把握したA氏の情報、つまり会社役員まで勤め上げ、何事も自分で決定してきた人であることから、おそらく出会って間もない若い医療者に涙を見せたり弱音を吐くことは、自分の弱さを見せるように思い、冷静な振舞いによって自己を防衛しているのだと直観した。こう考えた時、A氏がありのままの感情を気負わずに吐露できるよう、積極的に接近することが必要であると感

じた。そして、これまでの緊張感から開放された思いがしたと同時に、A氏と距離を取っていたことを反省した。

この翌日、A氏の様子が変化した。にこやかに訪室し、すすんで患者の手を握り、顔を近づけて大きな声で呼びかけた。よい変化だと安心して一緒に声をかけていた。ところが、患者が声かけに反応して開眼した時、A氏は顔を歪めて「見えてるわけじゃないんでしょ」と言った。気休めの言葉ではなく事実を告げる方がよいと考え、鎮静剤が投与されているため判断しきれないが見えていないかもしれないと説明すると、「ねえそうですよね」と答えた。どのように声をかければよいのかわからないまま、黙って一緒に患者への声かけを続けた。しばらくして、A氏が、「他にこんなの (MRSA用ガウン) 着ている人見当たらないんですけど。うちのだけですか」と声を潜めて尋ねた。この日、MRSAが確認され、面会者はガウンを着用することになり、A氏はこの点を心配した。意識障害に加えて感染症まで引き起こしたことから回復を諦め始めたのではないかと考えられたため、MRSAが稀な出来事ではないことを説明した。それによって、A氏は少し安心した様子を見せた。

第1段階では、A氏を理解するために毎日かわ変わった。最初はA氏からの信頼感が感じられず、迂闊なことが言えない緊張感や拒否される恐怖心だけが存在した。これは、この時のかかわりをA氏が望んでいないにもかかわらず、看護師から出向いていったためであると思われ、私が距離をとっていたのである。面会時間を共に過ごし言葉を交わす中で、A氏に対する緊張感から解かれ、信頼感を実感し始め、A氏の方も次第に患者の状況を把握するための私の有用性を感じ、いつも居る安心感を得ている。5日間毎日共に過ごしたことで、ようやく信頼関係ができたと言えらる。

B. 第2段階 (入院10日目から25日目)

この段階では、2～3日ごとに7日間かわ変わった。1回のかかわりは、HCUへの転棟前が15～30分で、面会制限のなくなった転棟後は60～120分であった。

術後から状態が変わらず、患者の回復への希望が揺らぎ始めたように思われ、できる限りA氏の思いを受け止めるように働きかけることにした。入院11日目、ようやく鎮静剤が中止され、患者の意識が改善し始めた。A氏は喜んで面会したが、医師との遣り取りの中で、表情を強張らせて口調をきつくした。初めて見せた怒りの感情であったが、医師は気づかないのか、説明が終わると退室した。A氏は冷静さを装っていたが、明らかにおさまらない怒りが感じられた。まだA氏の思いを受け止める自信はなかったが、今この怒りを吐露させなければならぬと考え、面接に踏み切った。面接を申し出ると、A氏は洪々応じるといった様子で病棟外の場所を希望したため、待合室の前の人通りの少ない場所で行うことにした。最初、A氏は椅子に深く腰かけ、静かに経過を振り返ったが、次第に感情を高ぶらせ「原因が何なのかということなんですよねっ！まゝね、算術では割り切れないんだろうってことでしょうからね！」と、悪化の原因である脳血管攣縮の治療が十分ではないと苛立ちをぶつけた。A氏は、医師からの病状説明を誤解していたのであった。話が終わるのを待ち、改めて病状や治療を説明した。次第にA氏の表情が緩み、状況を理解し短気な自分を反省して笑顔で帰宅した。これまで冷静で理解がよいと思っていたA氏の印象とは異なり、高齢者らしい反応を示したことに安心し、一層A氏を理解できたように感じられた。

かかわり始めて13日目、患者はHCUへ転室した。面会時間が長くなるために、患者へのケアをA氏に勧めてみると、自発的に自宅から冷やしたタオルを持参しており、照れながら差し出した。A氏の患者への思いを尊重し、そのタオルと一緒に清拭を行った。この日以降A氏は毎日タオルを持参し、1人でも手や顔を拭いた。ケアしながらA氏は、「ここじゃあ、何かあった時、看護婦さんに気づかれたいんじゃないかなってちょっと心配。ここ、看護婦さんのところから遠いからね」と話す。病室は、ナースセンターから死角になる場所に位置する個室であった。安全確保の対策は十分に講じられていたが、A氏には理解し難い配慮であり、不安な思いは

理解できた。そのため、壁をガラス張りにして看護師が心電図モニターを常に観察できる場所に位置させて安全を確保していることを説明した。A氏は、「なるほど、そういう工夫がされてるんですか」と納得した。

かかわり始めて16日目、患者が指示に従うようになった時、A氏は喜びと同時に「声かけてもなーんにも反応がない時には、ここでこうやって座っているだけでしょ、不安でしたよお。“あー、もうこのままかなあ”とか、ろくなこと考えませんでした」とこれまで表出しなかった不安を語った。そのような中で継続してかかわった私について、「ここに来て一緒に声かけたり、話聞いてくれるでしょ、安心しますよお。そういう人って、心の拠り所なんですよ」と評価し、また病状説明の内容を理解できないが忙しい看護師を引き止めて質問できずにいた時、じつくりと何度でも質問できて助かったと語った。

この頃、患者の回復に伴って新たに転院や水頭症という問題が起こっていた。かかわり始めて18日目、A氏は転院を聞かされ、「ええ～って感じ。今になってリハビリするなら他でってねえ」と語り、水頭症についても書面で手術の必要性を知らされ「水頭症って何ですか。治療途中で放り出されるって言うんじゃないですよ」と語り、困惑した様子が伺えた。転院を切り出した時期と水頭症発症の時期が重なり誤解を招いたものと思われたため、できる限りの治療を行った上で病状を検討して適切な時期に転院となることを説明した。この説明によって、A氏は、「治療が途中ではないんですね」と安心した。しかし、水頭症によって意識が低下し、詳細を知らされていないA氏は、「毎日いい調子でよくなってたから、すっごく喜んでたんですけど、昨日くらいからもう全然でしょ。あ～もうこのままかなって」と不安を語った。以前の意識障害とは性質が異なり一時的であることを説明したが、患者の意識レベルが低下している現状でのこの説明には安心できないと思われ、病状経過を見ながら説明を繰り返すことにした。

第2段階では、患者の病状が不安定であることからA氏が医療に対する不安や不満をありのままに表出した。これは、初めて怒りを露わに

した際の面接がきっかけで、初めて思いを表出し、それを受け止められたことで安心感と信頼感を高めたとと思われる。その後、これまでの私のかかわりが有効であったと述べており、A氏の緊張感は患者の回復によって解かれたと思われる。

C. 第3段階（入院26日目から47日目）

この段階では、2～4日ごとに7日間かかわった。1回のかかわりは、60～120分であった。

シャント術や転院といった新たな問題を理解するために情報を求めており、積極的な情報提供を行おうと考えた。入院28日目、シャント術が決定しA氏は医師から説明を受けた。手術の危険性は理解できたが、他に不明な点が多かったために、帰宅後息子とインターネットで検索したという。しかし、A氏の話の中には「首のところのチューブって引っ掛からないんですか」など、イメージがつかないことによる誤解があった。身近なものを使って具体的に説明することで理解された。この時のA氏は、「こんなこと聞くの恥ずかしいんですけど」「素人考えなんですけど」と、これまでとは違って素直に疑問を表現するようになり、状況理解に努める姿勢が感じられた。

意識の回復を願って受けたシャント術であったが、なかなか効果が見られず、手術当日は不安な様子であった。シャント効果は1週間ほど様子を見なければならぬことを説明すると、渋々納得された。術後2日目から回復の兆しを見せ始め、術後4日目には問いかけに返答するようになった。A氏は、「私の言うことは大体わかったようでしてね。何言ってるんだかさっぱりわかりませんが」と嬉しそうに話し、ようやく安心できたようであった。しかし、「この前、ちょっとよくなりましたけど、その後悪くなりましたよね。ああいう風にまた下向きになるんですかね」と、再び意識が悪化する不安も持っていた。水頭症による意識低下はシャント術により改善されたことと、シャントが有効に働けば回復に向かうことを説明したが、現実には患者の意識がはっきりしていないために、説明では納得されなかった。できるだけ一緒に居て、患者に刺激を与えながら変化に応じた説明をするこ

とにした。そして、意識障害のある患者とのコミュニケーションに困難を感じているA氏にモデルを示すと早速実践し、上手くいくと喜んだ。

ある日、A氏は、隣のベッドの患者を見て、「嫌だなあ、ああいう風になるのは。せめて話しかけたら返事して……半身不随でもいいからせめて車椅子に座って、自分で食事するくらいになって欲しいよなあ」と独り言のように話した。現状では、患者の左上下肢は全く動かず、重度の片麻痺が残存する可能性が大きいと推測され、A氏はかなり回復に期待を寄せていることに驚いた。A氏の期待する状態は難しく、可能であったとしても長期間を要すると思われたが、未だ確定的ではないために片麻痺の話題を持ち出す時期ではないと考え、黙って聞くに留めた。しかしこの翌日、理学療法見学中、A氏は「全然ですな」と呟いた。A氏の焦りが感じられ、「リハビリは始まったばかりですから、まだまだこれからですよ」と励ますと、「最近、食事もずいぶんするようになったしね、お風呂にも、シャワーですけど入れるようになったしね。これからって感じですかね」と納得する一方で、「左……ありゃあ全然ですな。ダラーンとさせてね。あれは駄目なんですかね」と初めて左半身を話題にした。様子を伺いながら、現状では完全に元に戻ることは困難であると事実を話した。A氏は、落ち着いて「ねえ……。全然ダラーンでしょ、動かしませんもんね」と言った後、「半身不随ってことになるよ、あのまま寝たきりってことですか」と尋ね、片麻痺＝寝たきりであると考えていたことが明らかとなった。片麻痺であっても日常生活行動が自立して行える人がいることを説明すると、「そんなことできるんですか？私にはまた、半身不随になればもう全然立つこともできないんだと思ってました」と驚いた。また、今後の長期的な訓練が予測されるため、回復には長期間を要すること、そのためには専門病院でのリハビリテーションが必要であることも説明した。A氏は、「2人で一人前だから」将来的に家庭で介護することを望んでいると話し、期待する車椅子生活に向けて、「リハビリやって、ちょっとでもよくなるんだったらその可能性にかけてみたい。可能性がある限り、やってやりた

い。お金はかかると思うんですよ。でも、お金じゃない。」と転院の必要性を理解する言葉が発せられた。この時A氏は、「(転院すると)ここみたいにはやってもらえないんじゃないかって。ここでもリハビリに連れて行くのって私だけ。看護婦さんについて来てくれない。遠くなるとなかなか行ってやれなくて不憫だと思ってね」と転院を否定してきた理由を語った。リハビリテーション専門病院は訓練が中心であり、患者自身の日常生活行動が改善されていくこと、救命救急センターとは異なる役割を担っているためにかかわりも異なることを説明すると、A氏は「まだまだ、長くなりそうですね」と笑顔で答え、納得された様子を見せた。この日、患者が退室したため、かかわりを終了した。

第3段階では、A氏は積極的にケアに参加し、自発的に情報を収集して疑問をありのままに表出したり、患者の片麻痺も表現するようになった。A氏の思いを受け止めながら、現状を受け止められるようにかかわることで、転院の必要性を理解し、訓練によって日常生活行動が自立する可能性があることを理解すると同時に、自分自身が患者を支持する役割を担う必要を感じ始めていた。この時のA氏は、自分で状況に対処しようとする本来の強さを取り戻し始めていたと思われた。

IV. 考察

A. 継続的なかかわりが配偶者に与える影響

A氏は、看護師の支援を求めない状況から、積極的に情報を求め自らの思いを語るまでに変化した。この変化の背景には、衝撃的な出来事から回復しようとする適応機制が働く中で、共に時間を過ごす私を有用で信頼できる者と捉えたA氏と、A氏の思いを理解し、それに応じようとして積極的にかかわった私との関係が存在していると思われる。

広瀬 (1993) が、看護師が出向いてかかわる看護面接は患者のモチベーションが低くかかわりにくいと述べているように、本研究でも看護師が直観的にA氏の辛い思いを感じ取ってかかわり始めたものの、A氏が看護師のかかわりを求

めておらずかわりにくい状況であった。救急場面では、両者は患者が生命危機に直面している場面で出会い、配偶者は医療者には患者の救命に最善を尽くすことを望んでいる（Hicky, 1990；Leske, 1991）。しかし、面会時間を共に過ごし、求める情報を提供する中で、A氏は自らの思いを表出し、次第に自分自身の問題に気づいて支援を求める気持ちが現われ、私を「心の拠り所」と評価した。出口（2001）は、安心して生活を委ねられる治療者に会い、絆を見出すことができれば、心の安全基地的世界を作り、安心して療養ができると述べている。面会時間に傍に居て、患者の状況を理解することを助け、患者の変化に対応するというかわりを続けることによって、看護師にいつでも近くに居てくれる安心感を抱き、「心の安全基地」を提供することになったのではないかと考える。それぞれの人は特定の身体性における特定の存在者であり、その身体性を通して他者や世界に影響を及ぼし、また他者や世界から影響も受ける（Paterson & Zderad, 1976／1983）。面会の場で共に存在することによって、配偶者にかかわり役に立とうとする看護師と、患者の回復を願うA氏が、互いの身体を通して影響を受け、互いが自身を開放するに至ったものと思われる。

このような関係は、継続的にかかわることによって生じる両者の間に相互交流によるものであり、これは、一時的なかわりでは決して実現できるものではない。同じ場所で同じ時間を共有することを繰り返すからこそ、なされ得ると考える。本研究では、病棟スタッフとは別の立場でA氏にかかわり続けており、多忙を極める現場ではこのように同じ看護師が長期間に渡ってかわることは不可能であろう。しかし、面会という限られた時間の中で、先入観を排除して配偶者の話に耳を傾け（城, 2002）、共に患者にかかわるという姿勢を続けることが重要な支援となり得ると言える。

B. 救急看護領域における対話の意味

A氏は、患者の病態が安定しHCUに転棟した後から、不安や不満を表現し始めた。救急医療の現場では、病状が不安定で予測が困難である

ために予後について曖昧な表現をせざるを得ず、病態の安定した患者の訪室時間が短くなることもある意味仕方のないことである。しかし、配偶者にとっては、目の前の患者が『たった1人の患者』である。常に最高の治療・ケアが提供され、医療者の関心が妻に向けられ続けることを願うことは、当然であろう。A氏はまた、医療者が回復していることを説明しても理解されず、話しかけても反応のない妻を『回復している』と認識しなかった。配偶者にとっての回復とは、あくまでも元の状態に戻ることであり、このことは、日々、次々に搬送される重症患者の救命処置に追われる中で、見過されがちであり、注意が必要である。

配偶者の重要なニーズの1つは、最善のケアを受けている保証を感じることであり（Hicky, 1990；Leske, 1991）ことは周知のことである。しかし、医療者はそのニーズが重症者に限られると思込んでいるように思われる。A氏は、病態が安定した後、何も答えない妻の傍に看護師がいない不安、医療者にかかわってもらえない不憫さを強く感じ、共に声をかけケアした私の存在に安心感を抱いた。つまり、医療者の考える重症感と家族の重症感は一致しない（佐藤, 1997）のである。看護師は、患者の病状変化だけに着眼するのではなく、変化する配偶者の状態に気を配り、その時々に応じた援助を行う必要がある。特に、病態が安定したとしても意識が戻らない患者の場合、治療が緩和される時こそ配偶者との対話が求められると言える。配偶者が最も望むように、患者に最善の治療が行われ、医療者の関心が注がれていることが実感できるようにかわることが必要であると考えられる。

配偶者の重要なニーズのもう1つは、状況を理解するための情報提供である（Hicky, 1990；Leske, 1991）。患者が重症で予後が不確かであるが故に、医学に親しみのない配偶者にとっては非常に重要なニーズである。本研究では、A氏が患者の病状を知的に理解しようと努めていたために、積極的に情報を提供しながら、面会時間に同席し共に患者へのケアを行った。Engli（1993）は、医師よりもベッドサイドでかわり

あうことの多い看護師の継続的な情報提供が精神的サポートとなり得ると述べている。救急場面では、配偶者の関心は患者に注がれているために、病状を理解するための情報提供は重要なかわりである。つまり、患者の病状に関する情報や行われている治療・ケアに関する情報を継続して提供することによって、配偶者は情報のニーズを充足されるだけではなく、継続的なかわりは互いの交流を生じさせ、それによって安心感を得るという精神的サポートとなり得るのである。看護師との対話が、身近に居る他者とのそれと異なるのは、看護師は専門知識を活用して患者の情報を提供し、医師の言葉を解釈して伝えることができる点にある。救急場面における配偶者と看護師との対話は、患者の病状が刻々と変化し、必ずしも快方に向うとは限らない状況の中で、配偶者がいまここで感じていることをありのままに表出させ、それを意味づけるための知識を提供するために重要であると考えている。

V. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、筆者ひとりによる看護実践からのデータに基づいている。そのため、配偶者の反応の捉え方やかわり方に偏りがあると思われる、より多角的な分析を行うことが望まれる。また、研究参加者が1名であり、回復過程を辿った患者の配偶者だけである。今後、さまざまな転帰を辿る配偶者を対象とした研究を積み重ねる必要がある。

謝辞

本研究にご協力下さいました配偶者および救命救急センターの皆さまに、心より感謝いたします。また、ご指導いただきました日本赤十字看護大学の黒田裕子教授に深く感謝いたします。なお、本研究は、日本赤十字看護大学大学院2001年度修士論文の一部に修正、加筆したものである。

文献

- Appleyard, M.E, Gavaghan, S.R, Gonzalez, C. & Ananian, L. et al (2000). Nurse-coached intervention for the families of patients in critical care units. *Critical Care Nurse*, 20(3), 40-48.
- Daley, L, Klenpell, R. M, Lawinger, S & Casey, G (1994). The effect of two nursing intervention on families of ICU patients. *Clinical Nursing Research*, 3(4), 414-422.
- 出口 禎子 (2001). 精神科看護における実践研究—日常生活行動の援助を通じてのアプローチ, 文憲堂.
- 遠藤 恵美子 (1997). 新しいパラダイムにおける 卵巣がん患者看護インターベンション , *Quality Nursing*, 3(9), 946-952.
- Engli M. (1993). Need of family members of critically ill patients with and without acute brain injury, *Journal of Neuroscience Nursing*, 25(2), 78-85.
- Gelling, L. (1999). The role of hope for relatives of critically ill patients : a review of the literature, *Nursing Standard*, 14(1), 33-38.
- Halm, M.A. (1990). Effects of support groups on anxiety of family members during critical illness. *Heart & Lung*, 19(1), 62-71.
- Hicky, M. (1990). What are the needs of families of critical ill patients? A review literature since 1976. *Heart & Lung*, 19(4), 401-415.
- 広瀬 寛子 (1993). 看護面接の機能に関する研究, *看護研究*, 26(1), 49-64.
- Koller, P.A. (1991). Family needs and coping strategies during illness crisis, *AACN Clinical Issue in Critical Care Nursing*, 2(2), 338-345.
- Leske, J.S. (1991). Overview of family needs after critical illness: from assessment to intervention, *AACN Clinical Issue in Critical Care Nursing*, 2(2), 220-228.

- Leske, J.S. (1992). Comparison ratings of need importance after critical illness from family members with varied demographic characteristics. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 4(4), 606-613.
- Medland, J.J. (1998). Effectiveness of a structured communication program for family member of patients in an ICU. *American journal of critical care*, 7(1), 24-29.
- Paterson, J.G., Zderad, L.T. (1976) / 長谷川浩、川野雅資訳 (1983). *ヒューマニスティックナーシング*, 医学書院.
- Plowright, M.D. (1995). Need of visitor in the intensive care unit. *British journal of nursing*, 4(18), 1081-1083.
- 佐藤美幸 (1997). 救急外来における看護婦と患者家族の相互作用, *山口大学看護学部紀要*, 創刊号, 21-30.
- 城美奈子 (2002). 意識障害患者の家族が看護者に求めていること, *看護学雑誌*, 66(10), 909-914.
- Titchen, A., Binnie, A. (1993). Action research : a strategy for theory generation and testing. *International Nursing Studies*, 31(1), 1-12.
- Titler, M.G. (1991). Impact of adult critical care hospitalization : Perceptions of patients, spouses, children and nurses. *Heart & Lung*, 20(2), 174-182.
- Tracy, J., Fowler, S & Magarelli, K (1999). Hope and anxiety of individual family member of critically ill adults, *Applied Nursing Research*, 12(3), 121-127.
- Twibell R.S. (1998). Family coping during critical illness, *Dimensions of Critical Care Nursing*, 17(2), 100-111.
- 吉田千文 (2000). 家族看護における複雑性と看護研究, *Quality Nursing*, 6(11), 918-924.