

## 慢性疾患患者に対する看護者のかかわり

高知県看護協会看護研究エキスパート育成研修第1グループ

看護部 濱田 三紀・小松 誓子

本山町立国保嶺北中央病院 ○西村 知子・高橋 久

国立療養所 東高知病院 竹村 多加・山本 佳世

### I. はじめに

近年、慢性疾患や長期にわたる障害をもつ患者が増えている。このような状況にある患者は、長期の観察やケアを必要とし、生涯にわたって自己管理を続けなければならない、その中でも人生のQOLを高めていくという課題がある。これらの患者に対する看護ケアでは、「セルフケアの援助」「ライフスタイル変容への援助」<sup>1)</sup>がポイントとなる。また「病気と共に生きる姿勢を育む」<sup>2)</sup>ことや、「その人個人としての人間性」<sup>3)</sup>を育てることが大切であると言われている。しかし、臨床の場面において、援助のゴールが見えず看護者の意欲が低下し、そのため症状観察やケア提供が不十分になったり、家族との連携がうまくいかないなどの問題が生じる。また、社会復帰に対する情報提供が十分に行われなかったり、患者を一個人として認識することを忘れがちになる場合もみられる。宗像は「看護者のできることは、患者に必要な行動変容への動機と負担のバランスの中で自己決定を支え、その行動変容の継続の自信を高め、また周囲の人々の支援がそれを促すよう手助けすることである」<sup>4)</sup>と述べている。このことから、看護援助における看護者の姿勢がいかに重要であるかが理解できる。そこで今回、慢性疾患患者に対する看護のあり方や今後の課題を見いだすために、看護者のかかわりを分析しその特徴を明らかにすることを目的に本研究を行った。

### II. 研究目的

慢性疾患患者に対する看護のあり方や今後の課題を見出すために、看護者のかかわりを分析しその特徴を明らかにする。

### III. 文献の概観

慢性疾患患者の看護に関する研究として、事例検討や家族への援助については多く行われており、また、セルフケア、コンプライアンスなどの援助課題や援助方法についても多くの研究がみられる。正木<sup>3)</sup>は「慢性疾患患者の看護援助の構造化の試み」で、外

来看護援助を分析し構造図を構築することで、慢性疾患患者の看護に共通する看護課題と援助方法の行動を明らかにしている。しかし、慢性疾患患者の看護援助の実態を明らかにした研究はみられない。また、看護者の姿勢に関する研究では、中野<sup>2)</sup>の「慢性状態の子供のケアに対する看護者の専門職としての姿勢」があるが、成人・老年期の慢性疾患患者の看護における看護者の姿勢を明らかにした研究はみられない。

#### IV. 要因図

慢性疾患患者の看護において看護者が何を大切にしているのか、どのようなことができているのか実態を明らかにするために「慢性疾患患者の看護」<sup>5) 6) 7) 8) 9)</sup>に関する文献から、また今までの臨床経験での患者とのかかわりから、考えられることを抽出、分類しそれらと看護者の背景を構成要因として要因図を作成した。(図1)

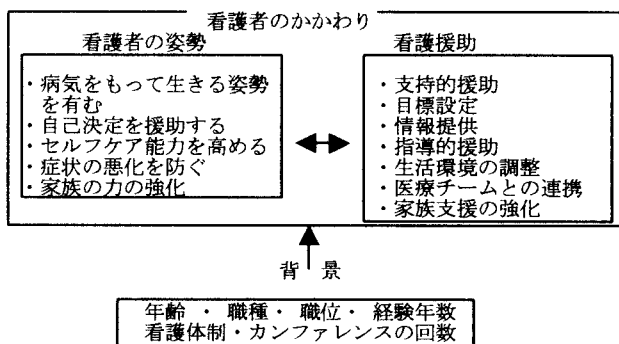


図1 要因図

#### V. 研究方法

要因図に基づいた質問項目を作成し、実態調査を行った。

1. 対象：慢性疾患患者の入院している病棟に勤務する3施設の看護者203名
2. データ収集期間：平成10年8月7日～平成10年8月17日
3. データ収集方法

各施設の看護部に研究の目的を説明し同意を得た後、質問紙によるアンケートを各施設の対象者に配布、個人のプライバシー保護のため無記名、回収用封筒使用にて回収した。質問紙は、慢性疾患患者に対する<看護者の姿勢>21項目、<看護援助>30項目、看護者の背景6項目の計57項目とし、<看護者の姿勢>を「常に心がけている」5点～「全く心がけていない」1点まで<看護援助>を「常に援助している」5点～「全く援助していない」1点に点数化した。

4. データ分析方法：項目ごとに度数と平均値を算出し特徴をみた。

#### VI. 結果

1. 対象者の特徴

アンケート回収は170名（回収率83.7%）であった。年齢は22～58歳、平均年齢は36歳であった。経験年数は3ヶ月～33年、平均経験年数14.4年であった。

## 2. 看護者の姿勢、援助行動について

### 1) 看護者の姿勢

姿勢の全項目の平均値は3.62であり、獲得得点の占める割合は72.3%であった。カテゴリー別にみると「症状の悪化を防ぐ」74.1%、「セルフケア能力を高める」73.9%、「病気を持って生きる姿勢を育む」72.4%、「家族の力の強化」71.4%、「自己決定を援助する」68.0%であった。質問項目の平均値でみると、上位項目では「患者が療養生活の中で、病状の変化をとらえていけるように心がけている」(4.10)、<家族が患者の治療に協力できるように心がけている>(3.93)、<患者が自ら治療しようという気持ちになるよう心がけている>(3.87)、<家族が患者のおかれている現状を理解できるように心がけている>(3.80)、<患者が症状の変化をとらえ合併症や副作用を予防することができるように心がけている>(3.78)であった。患者自らが主体性を持つことや、家族の協力が必須であると考えていることがうかがえた。下位項目は「患者の療養に伴う様々な家族の負担を最小限にとどめるように心がけている」(3.05)、<患者が自分の価値観にあった決定ができるように心がけている>(3.33)、<患者が自分の意志を表明できるように心がけている>(3.42)、<患者が最適な決定ができるように様々な情報を提供するように心がけている>(3.43)、<家族が患者と共に病気と闘う意欲をもつことができるように心がけている>(3.47)、<長い病気の経過の中で、患者がどの段階にいるのか捉えるように心がけている>(3.50)、<患者が病気に応じたライフスタイルに変容できるように心がけている>(3.51)であった。患者家族の負担や家族の闘病意欲となると意識は低くなり、患者の価値観にあった決定や意志の表明も低い傾向にあった。

### 2) 援助行動

援助行動の全項目の平均値は3.30であり、獲得得点の占める割合は66.0%であった。カテゴリー別にみると「支持的援助」71.4%、「医療チームとの連携」68.9%、「家族支援の強化」66.6%、「情報提供」66.1%、「指導的援助」65.1%、「目標設定」64.7%、「生活環境の調整」は57.9%で最も低かった。質問項目の平均値でみると、上位項目は「患者の話を最後まで聴いている」(4.17)、<医療スタッフの協力を得ている>(3.91)、<患者と共に治療や療養生活の方向性を検討している>(3.87)、<患者の間違った行動を否定せず受容している>(3.74)、<患者に疾患や治療方針の説明を行っている>(3.72)であった。話を聴く、受容するなどのケアリング行動や患者の治療面への検討や説明が高い傾向にあった。下位項目は「退院に向けて定期受診、治療を患者の生活スケジュール

ルに組み込むように調整している> (2.47)、<患者の年齢や生活様式に応じた目標を立てている>(2.68)、<患者が経済的援助が必要な場合、関連部門に連絡をとっている>(2.81)、<患者に検査データや目標値などについて説明している>(2.83)、<患者の気持ちを考慮しながら気長く見守っている>(2.85)であった。患者の生活面の調整や個別的、具体的援助行動の項目が低い傾向にあった。

## VII. 考察

### 1. 姿勢の特徴

看護者の姿勢としては、「症状の悪化を防ぐ」「セルフケア能力を高める」「病気を持って生きる姿勢を育む」「家族の力を強化する」のカテゴリーにおいて、平均値が獲得得点に占める割合が70%以上を占めていた。このことは、多くの看護者が慢性疾患の看護への臨床の場面において、症状の改善や治療が最優先されるため、患者が病気の知識や技術を理解して治療を守り、病気を見つめて共に生きてほしいという、患者が向かい合い、治療に参加する事の大切さを認識していることを示していると考えられる。また、慢性疾患は食生活や生活様式などの様々な要因が絡んでおり、本人の努力はもちろん、周囲の理解や援助は欠かせない。渡辺は「医療技術の進歩に伴い、家族に求められるケアの内容は、専門化し高度化し続けている。療養者を含む家族全体を看護する必要性は今後ますます増大する」<sup>10)</sup>と述べている。それゆえ家族の協力の必要性の認識も高く、家族の力を強化するという姿勢に反映されていると考えられる。一方、「自己決定」を支援する姿勢はやや低い結果であった。自己決定について宗像は「患者が自らの価値観や信念に基づいて決定する責任があり、看護者はその患者の決定を尊重する責任がある」<sup>4)</sup>と述べている。このことから、日常生活全般にわたる自己管理の決定はあくまでも患者自身にあり、患者自らの価値観や人生の目標に照らし合わせた治療の選択ができるだけの、正しい情報提供を側面から支援していく決定が尊重される時代となった。その中でも特に、自己決定に重要なのは情報提供であり、自己決定できるだけの材料を提供するためにも、あらゆる面からの情報を収集し説明できるだけの知識を持つことが要求されるのではないだろうか。また、医師だけがインフォームドコンセントを行うのではなく、看護業務の中にもインフォームドコンセントは当然あるはずであり、どのような生き方をしたいのか把握したうえで、患者の意志を治療に取り入れ、共通の認識を深めていくことが、慢性疾患患者の看護において強化していかなければならない課題だと考える。

### 2. 援助行動の特徴

援助行動のカテゴリーにおける平均値をみると、「支持的援助」「医療チームとの連

携」「家族 支援の強化」「情報提供」「目標設定」「指導的援助」「生活環境の調整」の順で高かった。このことより、患者に沿いながら他の医療者や家族の協力を得て患者を支える援助は行えていると考える。しかし慢性疾患患者の看護の中心ともいわれるセルフケアの確立に必要な教育的援助や、サポート的な援助が不十分であることが考えられる。

「支持的援助」においては、平均値の獲得得点の占める割合が70%以上であり、看護の基本となる患者-看護者の関係を展開するための傾聴、受容などの支持的なかかわりはできている。また<医療スタッフの協力を得る><患者と共に治療や療養生活の方向の検討をする><患者に疾患や治療方針の説明を行う>の項目をみると、治療的側面では患者の気持ちに沿うようにしており、治療を行っていくうえでのケアリング行動はできていると考える。

「家族支援の強化」については、平均値の獲得得点に占める割合が2番目に高かった。カテゴリ内の項目をみると<家族が患者との時間が持てるようにする>が最も高く、<家族に患者の療養上必要な器具や道具の使い方がわかるように説明する>の項目が低い。このことより、家族の支えを重要視しているが、十分な家族ケアまで踏み込めていないと思われる。現在の家族構成では核家族や少子家族が増え、老人が老人を介護する形が多く見られるようになった。そのため家族の協力体制が得られにくく、家族の恐怖心・不安・負担感により働きかけにくいなどの問題が生じる。鈴木は「患者や療養者だけでなく、ほかの家族成員も看護援助の対象としてかわることによって、家族という集団がもっている自らの力（家族セルフケア機能）を十分に発揮し、健康問題を解決したり、種々の状況に適応したり、健康的な生活ができるように手助けすること」<sup>11)</sup>と述べている。このように、看護者は患者と家族が共に前向きに歩いていく気持ちを持ち続けていけるよう援助する必要がある。そのためにも家族全体を援助のひとつとしてとらえ、状況を把握し家族の持つ問題へ働きかけ、その援助行動に対する評価をしていくことが大切である。また家族だけに支援を求めるには限界があるため、適切な社会資源を活用できるようにする必要がある。

「生活環境の調整」は平均値の獲得得点に占める割合が最も低く、「指導的援助」が次いで低かった。項目をみると<患者が療養生活の中で自己管理できるように血糖測定、血圧測定などを指導している>など、ベッドサイドのできる技術指導はできていると考える。<退院に向けて定期受診、治療を患者の生活スケジュールに組み込むように調整する><患者が経済的援助の必要な場合関連部門に連絡をとる><患者の日常生活や家族に関する情報を活用しながら指導する><今まで行った指導内容が理解できているか、

確認しながら指導する>は、患者の年齢、理解力を考慮したりフィードバックを行いながら指導することが不十分であり、個別的な指導にまでには至っていないと思われる。またスタッフの立場では経済面や社会資源に関してかかわる機会が少ないためか、生活環境の把握までには至っていないと考える。これらの援助は入院生活だけではなく退院してからも必要であり、病気を持って生きいく患者には不可欠である。患者一人一人は取り巻く状況も違い、かかわりが難しく、患者の内面的なことに深く踏み込めていないと考える。正木によると「看護者が看護者の目標に従って独自の方向で患者の行動をコントロールしたり操作しようとするのではなく、むしろ一人の人間として患者を理解し、患者自身が自分の健康状態を理解し、自分のニーズや状況に従って『良い』方向に行動できるよう、看護者が手助けすることである」<sup>12)</sup>と述べている。このことより患者を一人の人間として捉え、個別性のある援助が重要だと理解できる。また「目標設定」においても、平均値の獲得得点に占める割合は低い結果であった。実際臨床の場面では、経過が長い場合ゴールが見えにくい、目標設定が難しい、効果が目に見えない、具体的にどのような援助をすればいいのかわからない、などの問題が生じている。そしてかかわりが長期になることで、看護者は『慣れ』の現象を起こし、一連の流れのように援助してしまいケアが業務化したり、変化が緩慢であるため観察が不十分になったり、継続した看護が困難となる傾向にあると思われる。牧野も「慢性疾患患者と長期に関わると看護者は患者との対応も慢性化し、患者を一個人として認識することを忘れる」<sup>13)</sup>と述べている。症状が緩慢でゴールが見えず、関わりをもっても評価として現れない慢性期の看護の難しさが結果として現れたのではないだろうか。以上のことより、患者の生活を『良い』方向にするために、患者が抱える問題点や改善すべき点などに対して、高い目標ではなく身近で実現可能な短期目標を患者や家族と共に考え、評価のフィードバックを行いながら個別的に援助していくことが必要である。また、それらのアセスメント過程において、セルフケアに必要な情報の提供をし、患者が自分自身で状況に対応できるように、医療関係者の連携を強化し、情報交換を行いながらチーム医療でのトータルケア、トータルアプローチをすることがこれからの課題と考える。

## VIII. 終わりに

今回、慢性疾患患者に対する看護者のかかわりにおける姿勢と援助行動について分析した。その結果、姿勢においては、患者が病気と向かい合い治療に参加する事の大切さを認識しており、そのために家族の力の強化も必要と考えている。しかし、患者が自己管理行動をとれるような意思決定への認識が弱い傾向にあった。援助行動においては、

患者に沿うケアリング行動や、ベッドサイドで行う治療的指導においては援助できている。一方症状の変化が緩やかであり、長時間のかかわりを必要とするために、目標設定や修正が適切に行えず、また患者の現況に注目してしまい生活環境への調整が不十分であることが考えられた。

今回の調査では、アンケート内容において質問項目を文献や自分たちの経験から考察したこともあり、尺度の質問項目の妥当性について更に検討していく必要がある。また調査対象者が3病院と限られた施設であるため、今回の結果を一般化するには限界がある。

慢性疾患看護においては、疾患の特性を理解し、患者自身の主体性を中心とした援助が必要である。長期にかかわる中で、常に看護者が患者の意向に沿い、個々の状況に応じた援助を提供できるようにすることが今後の課題である。

#### 引用・参考文献

- 1) 渡邊順子：慢性期ケアの評価の視点，臨床看護，22（4），p 656，1996.
- 2) 中野綾美：慢性状態の子どものケアに対する看護者の専門職としての姿勢，高知女子大学紀要，自然科学編，第45巻
- 3) 正木治恵：慢性病患者の看護援助の構造化の試み，看護研究，27（4），81 - 90，1994.
- 4) 宗像恒次：最新行動科学からみた健康と病気，メヂカルフレンド社 4，1998.
- 5) 新版看護学全書，13～19，21，22，メヂカルフレンド社，1994.
- 6) 小島操子他：成人看護学Ⅰ成人看護学総論，医学書院，p 254 - 263，1993.
- 7) 松岡緑編：看護テキスト臨床看護総論，廣川書店，P 58 - 69，1993.
- 8) 金子光，小林富美栄編：成人看護学Ⅰ成人看護学総論，医学書院，1991.
- 9) 山口端穂子，吉岡征子，藤村龍子：経過別看護慢性期，学習研究社，1996.
- 10) 渡辺裕子：知っておきたい家族看護における看護過程，日総研，p 33 - 34，1996.
- 11) 鈴木和子：家族看護学とは，老人看護ぷらす介護，日総研，4(4)，p 8 - 12，1997.
- 12) 正木治恵：慢性病患者へのケア技術の展開，QualityNusing，2（12），p 1020，1996.
- 13) 牧野智恵：慢性疾患患者・家族，臨床看護，21(12)，P 1791

〔平成11年3月6日，高知市にて開催の平成10年度看護研究学会  
（高知県看護協会）で発表〕