

看護師の家族支援に対する現状と認識

3階東病棟

○ 吉永 有莉恵 山元 千芙美 中谷 淑子 土居 理恵
下元 理恵 麻植 美佐子

キーワード：家族看護、家族支援、家族介入、家族エンパワーメント

I. はじめに

1990年頃よりわが国において家族看護の構築が試みられ、看護の専門領域として位置づけられるに至っている。家族を看護する重要性が論じられ、実践の場にもその重要性が浸透してきている。家族看護の研究が進み、ICUや在宅看護においては家族支援のアセスメントツールが作成され、家族介入に用いられており、その有効性も立証されている。看護師の意識調査では、川上ら¹⁾は「看護者が家族看護の実践の中で感じる困難さとして、①患者の協力が得られない、②家族が患者の状態や疾患を受け入れられない、③医療者と患者の意向が食い違う、④対応が難しい家族、⑤家族への関わり方が分からない、の5つのカテゴリーが抽出された」と述べている。現在福島²⁾は家族看護の実践で「看護の出発点があくまでも個人の健康問題であっても、多くが対象の生活の場に入っているがゆえにいやおうなく家族とその生活が見え、結果、個人と同時に家族全体のアセスメントをして援助している」と述べている。今回、当院看護師の、看護師の家族支援に対する認識と現状を明らかにすることで、看護師の家族支援への動機付けと意識の向上を図り、家族看護の推進・看護の質の向上につながると考えたので、ここに報告する。

II. 研究目的

看護師が家族の問題を捉える力（以下「問題を捉える力」とする）・看護師が家族の問題に介入する力（以下「問題に介入する力」とする）を「家族支援」と捉え、看護師の家族支援に対する認識と現状を明らかにする。

III. 概念枠組み

家族看護の中で家族支援は「健康問題をもつ人の家族成員に対し、自分の健康を保持できるように働きかけること」と定義されている。看護師は患者・家族との関係を築き、家族生活力量に対して情報収集しアセスメントを行なう「家族の問題を捉える力」が重要になる。その上で看護師は抽出された家族の問題点に対して問題解決できるように援助していく「家族の問題に介入する力」が必要になってくる。

1. 用語の定義

看護：人間の生活とともに存在する活動である。健康、不健康問わず各個人の手助けをすること。

家族看護：家族の健康を目指し家族を看護の対象としてとらえ、患者のみならず家族にもケアを提供すること。

家族支援：健康問題を持つ人の家族成員に対し、自分の健康を保持できるように働きかけること。

家族生活力量：家族が健康を営むための知識、技術、対人関係、行動、情緒が統合されたもの。

2. 要因図

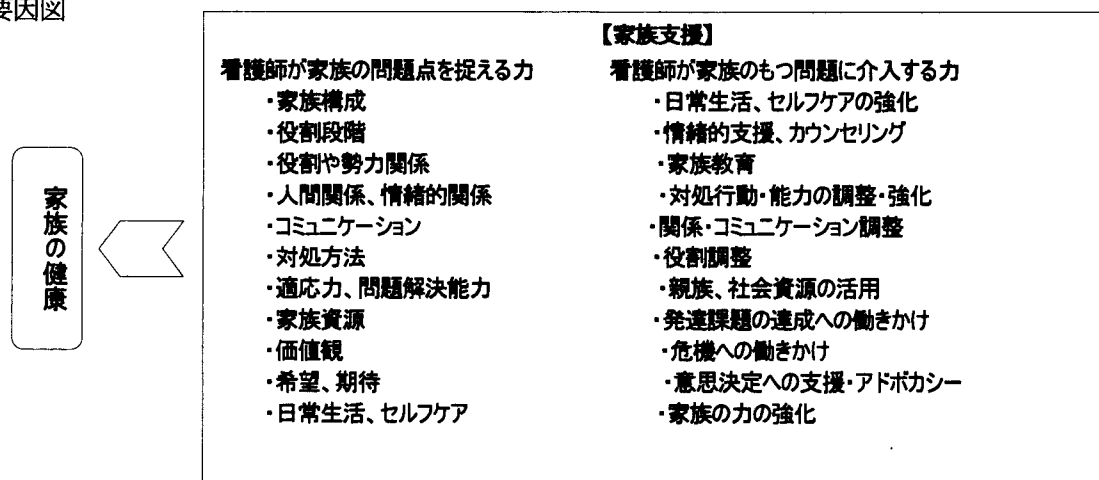


図1. 家族支援要因図

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

量的研究

2. 対象

A病院看護師 250名（看護師長、外来看護師、手術室看護師を除く）

3. 期間

平成17年6月24日～10月31日

4. データ収集方法

質問紙によるアンケート調査を行った。質問紙は文献をもとに研究グループが独自に作成したものを用いた。調査項目は属性を5項目、家族の問題を捉える力を20項目、家族の問題に介入する力を13項目とした。回答は属性を3段階尺度[3：はい 2：どちらでもない 1：いいえ]、家族支援を5段階の間隔尺度[5：できている（ある） 4：ややできている（ややある） 3：どちらでもない 2：ややできていない（ややない） 1：できていない（ない）]とした。

5. データ分析方法

SPSS Ver11.0 を使用し、各質問において基本統計量を算出し、ピアソンの積率相関係数を用いて分析を行った。

V. 倫理的配慮

研究目的・意義・方法、アンケートの参加は自由意志であることを紙面上で説明し、回収をもって同意を得る。質問紙は無記名で行い個人が特定されないようにする。質問紙の回収は、質問内容が外から見えないようにし、質問紙で得た情報は口外せず研究目的以外に使用しないように配慮する。また、研究結果は、病棟・個人名が特定されないように統計的に処理し院内で結果を公表する。研究終了後に質問紙は処分し、調査結果データも破棄する。

VI. 結果

1. アンケート回収結果

アンケートは250名の看護師に配布し、199名の回収が得られ回収率は80%であった。そのうち有効回答は197名で、有効回答率は78.8%であった。

2. アンケート調査項目の信頼性・妥当性

アンケート調査項目の信頼性確認のためにクロンバック α 係数を計算し、「問題を捉える力」は $\alpha=0.9199$ 、「問題に介入する力」は $\alpha=0.9184$ であり信頼性があると判断した。

また、調査項目の妥当性の分析の為に因子分析（主因子法・バリマックス回転）を行なった。その結果、「問題を捉える力」は5つの共通因子が抽出された。累積寄与率は58.166%であり、妥当性があると判断した。その5つとは①家族に対する援助の必要性、②家族の問題解決方法・対処方法、③家族の健康・希望、④家族の役割・キーパーソン、⑤家族の関係性である。

また「問題に介入する力」に対し、同じく因子分析をおこなったところ、3つの共通因子が抽出された。その累積寄与率は60.227%であり、妥当性があると判断した。その3つとは①家族への介入、②トラブルへの対処方法、③セルフケアである。

3. 対象者の家族看護に対する現状

家族看護への興味、家族に関する情報収集、情報収集についてのアセスメント、情報収集源の概要は以下の表の通りである。

表1. 対象者の家族看護に対する現状

概要	人数(%)	
家族看護に興味がある	100名(51.0%)	
家族に関する情報収集をしている	148名(75.5%)	
情報についてのアセスメントしている	106名(54.1%)	
情報収集源	患者のみ	26名(13.3%)
	家族のみ	21名(10.7%)
	患者・家族の両方	105名(53.6%)

4. 各構成要素の平均と標準偏差の結果

1) 問題を捉える力について

中間点を3.0とすると「家族構成（平均4.51 SD 0.65）」「キーパーソン（平均4.36 SD 0.82）」「キーパーソンへの関わりの必要性（平均4.24 SD 0.99）」の3項目が4.0以上と高かった。3.5以上の項目は、「家族の役割分担（平均3.83 SD 0.95）」「家長はだれか（平均3.56 SD 1.21）」「家族内の人間関係（平均3.56 SD 1.03）」「家族間の人間関係への関わりの必要性（平均3.56 SD 1.15）」「家族の希望・期待（平均3.75 SD 1.07）」「家族の希望・期待への関わりの必要性（平均3.64 SD 1.03）」の6項目であった。逆に低い項目は「家族の価値観（平均2.68 SD 1.18）」であった。

2) 問題に介入する力について

中間点を3.0とすると、「家族が困った時の援助（平均3.67 SD 0.93）」、「家族の精神面への援助（平均3.2 SD 1.03）」、「疾患や治療についての情報援助（平均3.23 SD 1.13）」、「家族が意思決定できるような援助（平均3.04 SD 1.04）」の4項目が平均3.0以上となっている。逆に「家族カウンセリング（平均1.82 SD 1.09）」が一番低かった。

3) 共通因子別の平均の比較

問題を捉える力では、「家族の役割・キーパーソン」の平均値が一番高く、「家族の問題解決方法・対処方法」の平均値が一番低かった。

問題に介入する力では、「家族への介入」の平均値が高く、「トラブルへの対処方法」の平均値が低かった。

「トラブルへの対処方法」について5つの項目の相関関係をみると、「対処方法強化への援助」と「家族関係の調整」「家族の役割調整」「家族の目標発達課題」の3つの項目と相関関係がみられた。しかし、「家族カウンセリング」に対しては、相関関係は見られなかった。

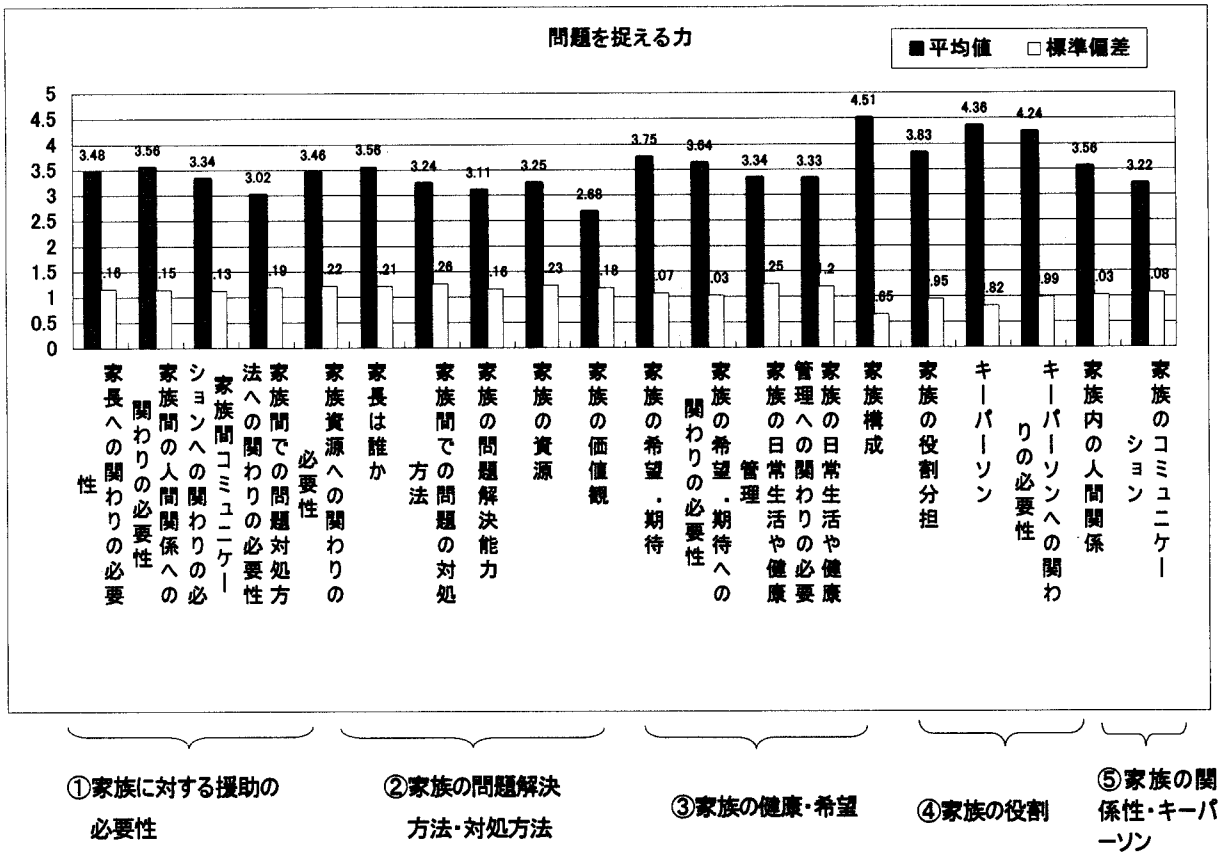


図2. 問題を捉える力の平均・標準偏差値と共通因子

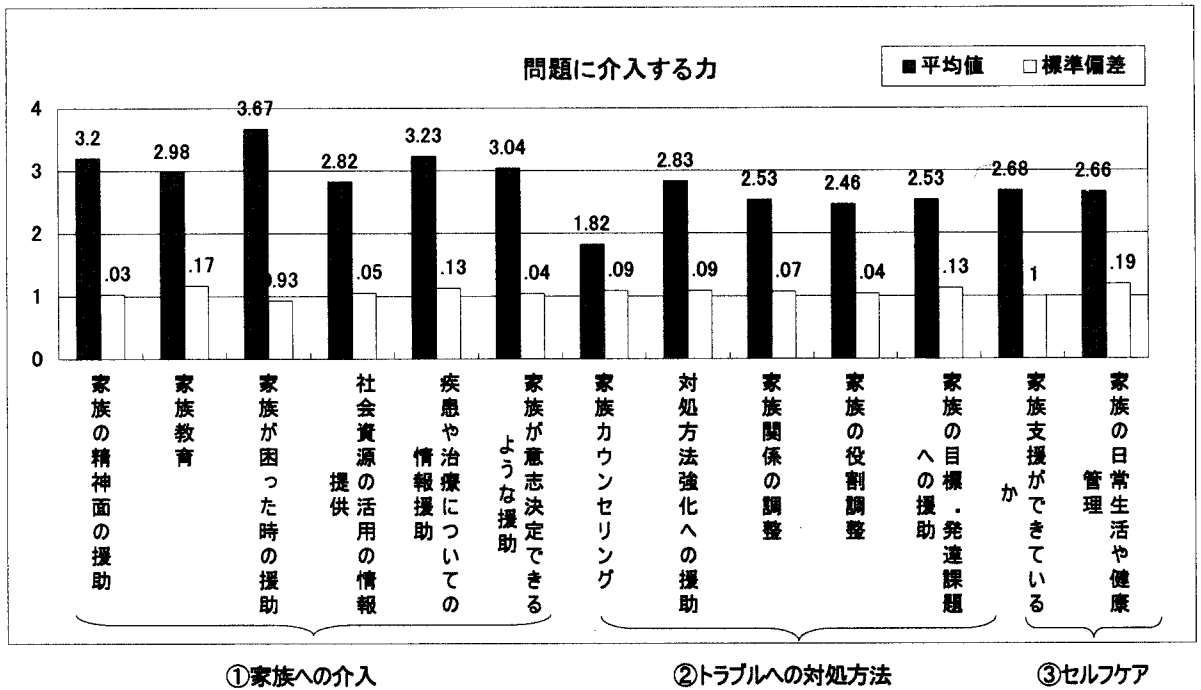


図3. 問題に介入する力の平均・標準偏差値と共通因子

表2. 問題を捉える力の共通因子別平均

問題を捉える力	平均
①家族に対する援助の必要性	3.38
②家族の問題解決方法・対処方法	3.17
③家族の健康・希望	3.52
④家族の役割・キーパーソン	4.23
⑤家族の関係性	3.40
全体	3.53

表3. 問題に介入する力の共通因子別平均

問題に介入する力	平均
①家族への介入	3.16
②トラブルへの対処方法	2.44
③セルフケア	2.67
全体	2.81

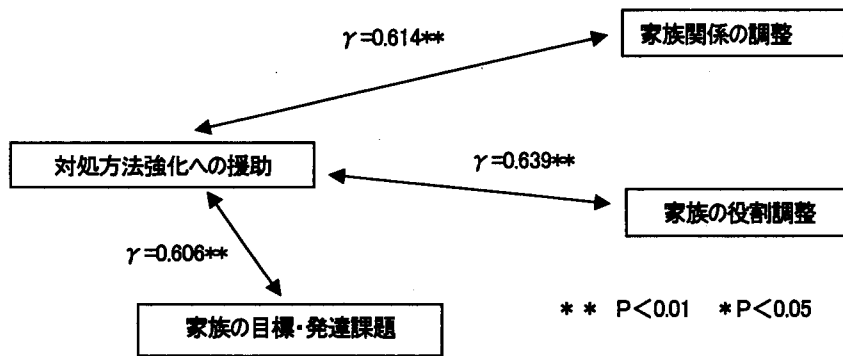


図4. 相関関係図

VII. 考察

今回のアンケート結果で家族への情報収集ができていると答えた方は199名中148名で75.5%と高かった。しかし、問題をとらえる力20項目中11項目が全体の平均3.53よりも低く、実際は情報収集できていない項目が見られた。

問題を捉える力と問題に介入する力を比較してみると、問題を捉える力の平均は3.53に対し、問題に介入する力の平均は2.81となっており、看護師は問題を捉える力が高いのに対し問題に介入する力は低いことが明らかになった。問題を捉える力・問題に介入する力の項目の中で、家族のプライバシーや相互関係にまでふみこんだ内容に関して低い結果がでた。看護師は日々の業務のなかで、家族の来院時に面談の時間調整がうまくできないという現状がある。家族に関わる時間に限界がある中で家族・看護師間の信頼関係が確立しがたい場合もみられる。家族それぞれの価値観に違いがあり看護師がどこまで介入していいのか分らず、看護介入を踏みとどまっていることもある。また、看護師は家族に介入したつもりでも介入した相手の反応が判りにくく、その結果を評価しづらい。そのため、問題に介入する力が低いのではないかと考える。

問題を捉える力を因子別でみてみると、一番情報収集できていなかったのは、「家族の問題解決方法・対処方法」の因子であった。この因子の項目には、家族の価値観や資源、家族の問題が含まれており、看護師が立ち入りにくい内容であるため、十分に情報収集を行うのが難しいのではないかと考える。そのため、「家族の問題解決方法・対処方法」の項目は、看護師が情報収集しづらい項目であるということを意識して情報収集を行うことが必要となる。この項目を強化し患者の全体像をとらえるように情報収集をすることで、家族を理解する視点が増え、家族の特徴や生活を知ることができる。そして今後の看護師の援助方法を導き出し、家族の生活の質の向上を図ることができる。しかし、看護師は入院時にすべてを情報収集することは困難であり、家族の問題に気づいた時にさらに深く踏み込んだ情報収集・アセスメントをすることが必要である。看護介入に必要な情報を見極めてアセスメントする能力が求められていると考える。

問題に介入する力を因子別にみると、「トラブルへの対処方法」が低い結果であった。トラブルへの対処方法は、相関関係より「対処方法強化への援助」と「家族関係の調整」、「家族の役割調整」、「家族の目標・発達課題への援助」の3項目と相関関係がみられた。これより、家族のトラブルへの対処方法は、家族関係、家族の役割調整、家族の目標・発達課題への援助を行えば、強化につながるといえる。3項目のすべてに介入することは困難であっても、家族から得た情報をもとに看護師が家族にアプローチできる部分を見極め、そこから

始めていくことで家族の対処方法強化につながると考える。しかし、看護師は介入する際、信頼関係構築ができていない状態では、看護師・家族の関心に悪影響を及ぼすのではないかとこの怖さや、どこまで家族に踏み込んだ関わりをしていいのかわからず、看護介入を躊躇してしまう場合がある。信頼関係を築くことが必要であるが、同時に病棟カンファレンス等話し合いの場を利用し、ほかのスタッフと情報の共有や意見の交換を行うことも必要である。このことで、今後の看護の方向性を見出し、共通の認識を持つことで看護の統一ができ、看護師の介入する力を強めることにもつながると考える。

野中³⁾は「家族は病者の背景や資源の一つとしてとらえられ、看護者は病者のためになにをしてもらえるのだろうかという視点でのみ家族に注目してきた。」と述べている。今回「家族の問題解決方法・対処方法」の情報収集や、「トラブルへの対処方法」に対しての介入が低かった。これは、看護師が家族を援助対象としてとらえる部分が弱かったため、家族の問題や対処方法などの情報収集や介入ができていなかったと考える。中野⁴⁾は「病気の家族員を抱えた家族はストレスにさらされることとなる。このストレスを家族が乗り越えていくことができるように家族対処を支援することは、健康的な家族システムを維持するうえで重要である。」と述べている。家族は入院中の患者を抱え不安や戸惑いに揺れ動きながら、日々精一杯の努力をしている。看護師はこのような家族の心情を理解することが必要となる。また、野中³⁾は「家族のQOLを高める介入は、家族のみならず病者に影響するものであり、その流れは循環するがゆえに、家族と病者にとって大きな意味をもたらす」と述べている。患者は家族の一員であり、両者の相互関係により家族は成り立っている。患者だけではなく、家族を「援助を必要としている対象者」として認識していくことが、今後看護師にも求められると考える。

VIII. 研究の限界

今回の研究では、質問項目の数に限りがあり調査項目の内容に限界があった。また、質問内容に抽象的な言葉の表現が多く、対象者に研究者の意図が十分に伝わらなかった可能性がある。

IX. 結論

1. 家族支援の認識として問題を捉える力よりも問題に介入する力が低かった。
2. より有効な情報収集をするためには、「家族の問題解決方法・対処方法」の情報収集を強化することが重要である。
3. 家族の関係や役割の調整を行ったり、家族の目標・発達課題について介入することで家族の対処方法を高めることができる。

X. 謝辞

今回の臨床看護研究にあたり、ご指導いただきました高知大学医学部看護学科成人看護学助教授森木妙子先生に深く感謝いたします。

引用・参考文献

- 1) 川上理子：家族看護実践の困難性と課題，家族看護学研究，7(1)，39，2001.
- 2) 福島道子：家族生活力量からみた家族看護実践知，家族看護学研究，9(2)，17，2003.
- 3) 野中邦子：家族の肯定的評価を導く7つの介入方法，看護，54(7)，90，2002.
- 4) 中野綾美：家族看護のエビデンス - 家族対処への支援 - ，臨床看護，29(13)，1918，2003.
- 5) 中野綾美：家族エンパワーメントモデルからみた家族看護実践知，家族看護学研究，9(2)，19-20，2003.
- 6) 北岡英子：家族理解を深めるための保健師教育の試み，家族看護学研究，9(2)，45，2003.
- 7) 野嶋佐由美：家族看護学の実践知の構築に向けて，家族看護学研究，9(3)，123-127，2004.
- 8) 法橋尚宏：家族エコロジカルモデルにもとづいた家族機能度の量的研究，家族看護学研究，10(3)，105-107，2005.
- 9) 時長美希：合意形成に向かう家族のパワーを扱う看護技術，高知女子大学看護学会誌，29(1)，55-63，2004.
- 10) 中野綾美：“家族の生活の質”という概念，看護，54(7)，82-87，2002.

- 11) 中野綾美：家族員の病気と家族の生活の質，臨床看護，25(12)，1805-1809，1999.
- 12) 戸井間充子：ターミナル期の患者をかかえ、破綻をきたしている家族への看護介入，臨床看護，27，(10)，1560-1569，2001.
- 13) 岩崎弥生：家族の変化に寄り添う援助を，看護，54(7)，28-32，2002.