

看護介入に対する家族と看護師の知覚のずれ

—キングの看護理論を用いた評価

5階西病棟

○ 秋森 久美 浅田 陽子 前田 理奈 濱谷 郁江
谷本 有香 津村 早保 岡本 節 中村 香江

I. はじめに

患者の家族は患者と共に病魔と闘っており、援助を必要とする看護の対象者でもある。患者の病状悪化、病名告知に関する問題、経済的な問題等、ストレスフルな状況の中で家族の心は不安定となっている。患者に対し必要な医療行為、ケアを提供していても、家族は患者の苦痛を考え、患者を思いやり、その行為を希望しないこともある。

渡辺らは、「もう回復の見込みがないとわかった患者が医者や看護婦に見捨てられてしまうのではないかといった漠然とした不安を持つ場合もあり、こうした場合家族は医療者の一挙手一投足に敏感になる。」¹⁾と述べている。看護師の態度や何気ない言葉は、患者、家族の心理面に深く影響を及ぼし、さまざまな思いを生じさせる。私達は、患者はもちろんのことその家族に対しても日頃からコミュニケーションを良好にとり、対応していかなければならないが、実際には、患者中心の対応、ケアに比重が重く、付き添う家族が日頃どのように感じ、どのような思いを抱いているのか十分把握しきれていない。

そこで今回、看護師のかかわりに対する家族の認識をキングの看護理論を用いて分析し、家族へのかかわり方についての示唆を得たので報告する。

II. 研究方法

1. 研究デザイン：事例研究
2. 対象者：当病院5階西病棟に入院中の患者に付き添っている1家族と病棟看護師14名
3. 研究期間：平成14年6月～10月
4. データ収集方法：家族に対しては予め了承を得て半構成インタビューガイドを使用して面接調査を行った。同意を得た後面接内容をテープに録音した。看護師に対しては個別に聞き取り調査を行った。
5. 面接日：平成14年9月10日
6. 家族への主なインタビュー項目
 - ①病気に対する医師からの説明
 - ②患者に対する家族の思い
 - ③看護師の対応に対する思い
 - ④看護師との関わりの中で心に残っていること、印象的な出来事看護師への聞き取り内容
 - ①家族に対する看護師の思い
 - ②看護処置時の気持ち
7. データ分析方法：インタビュー内容をできるだけ逐語的に記述し、質的に分析した。そしてキングの理論に基づき分析を行った。

III. 理論的背景

キング看護理論^{2), 3)} (図1, 図2)

個人システム…その個人のみから成る。知覚、自己、成長と発達、身体像、空間、学習、時間という概念から構成される。

個人間システム…相互行為を行っている人間（個人システムが別の個人システムと接触を持つ）から成立するシステムである。相互行為、コミュニケーション、相互浸透行為、役割、ストレスという概念から構成される。

相互行為…相互に関係している2人以上の人間で繰り返される観察できる行動である。価値感を含み、人間関係を確立させるメカニズムであり、普遍的な経験であり、知覚によって影響を受け、相互互

惠的、相互依存的であり、言語的、非言語的コミュニケーションにより展開される。(相互行為をしている各個人は、お互いのやりとりに対して異なる思考、姿勢、知覚を持ち、影響しあう。) 相互浸透行為…価値あるいくつかの目標を達成するために、人間が環境とコミュニケーションをはかる相互行為の過程で、目標指向的な人間の行動。³⁾

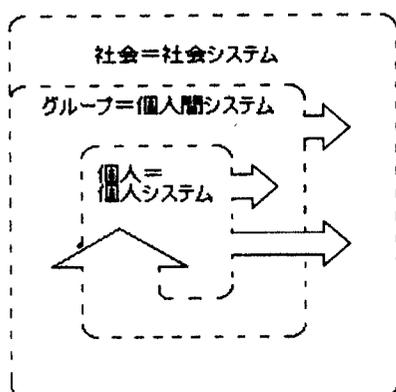


図1 看護の概念的枠組み—力動的相互行為システム

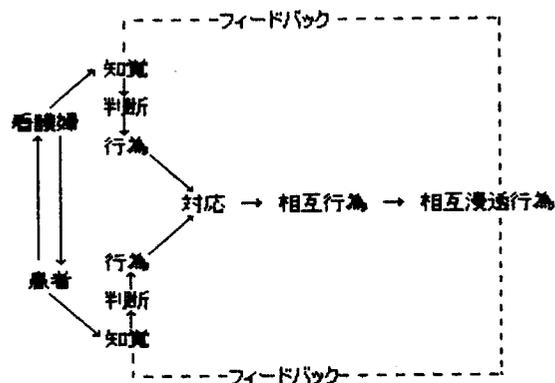


図2 人間の相互行為のシステム

IV. 結果 (表1)

1. 家族の個人システム

1) 自己

口は出すわ、手は出すわ、どっちかっていうとうとうしがられるタイプ。凄く嫌がられるタイプ。

2) 成長と発達：46歳、長女、既婚（夫と二人暮らし 県外在住）、主婦 患者との続柄；姉

3) 患者に対する知覚

確立した治療法はない、良うなっていないにしても急激に悪くなりよう感じでもない。痛いとか辛いとかっていう苦痛を全部取り除いてやりたい。本人には十分頑張っているから頑張れ頑張れって言いたくない。明らかに回復に向かう患者ではないので余計な心配は耳に入れたくない。希望を持たせてやりたい。気が合うとかそういう風に考えたことはなかったけど、一緒に過ごした時間ってのがあんまりなかったから、一緒に遊んだ記憶もあんまりないし、だけど、うん、似たところがあるかもしれない。

4) 看護師に対する知覚：情報なし。

5) 空間・時間

病院と家が離れており、付き添い期間中は家に帰れない。付き添いを始めるまでは気ままに自由に時間を使っていたが、今は1日1～2時間位しか部屋から離れることができない。

付き添い期間：平成13年11月～現在に至る（約11ヶ月）姉4日、母3日のサイクルで交代で付き添いをしている。

2. 看護師の個人システム

1) 患者に対する知覚

38歳、男性、独身、長男（両親と姉2人） 疾患名；リンパ管腫

平成12年7月リンパ管腫で近医にて手術施行後、肝機能異常となり当院に入院。病状安定後本人の希望する病院に転院となる。（前医では主治医への印象が悪く、前医への転院は希望しなかった）その後病状悪化し、平成13年11月に当院に再入院となる。放射線療法施行後、肺浸潤による肺繊維化にて換気不全となり、レスピレーター装着、現在気管切開し管理中である。塩酸モルヒネ・ドルミカムにて鎮静しているが、あまり効果なく不穏状態が強い。

2) 家族に対する知覚

看護行為に対し意見を言う、処置の時間、方法等について要望が多い。緊張する。世間話ができない。患者のことは誰よりも知っている、誰よりも分かっていると認識しているように見える。付き添いを始める前と比べて環境の変化がとても大きくて、自由な時間もない。患者が人工呼吸器装着中で不穏

もあり、患者が起きている時は誰かが患者の側にいないと不安がる。
長期間の付き添いは、想像以上に身体的、精神的にも大変だろう。

3. 家族と看護師の個人間システム

1) 相互行為・役割に関して

<家族>

『吸引の上手な人がいるんだからもっとみんなにやり方を教えていったほうがいいんじゃないか…。』
『もっと上の技術の人がいるんだったら、その人のを真似てというか、習って…。』というローデータより、【看護技術の熟練に努力してもらいたい】という思いが抽出できる。『優しい、優しいばかりやと、こう肝心な痰を引く時も…自分に決定権がないというか…どうしましょうじゃあやっぱりいかん。』『やっぱりある程度そういう強引さも必要な場合がある。』というローデータより【専門的な判断をして欲しい】という思いが抽出できる。『看護婦さんがこう、わざと遅れてくるとかそういうんじゃないで…みんな出はからっていない時もあるじゃないですか。呼んでもすぐに来れる訳じゃないってというのは分かっているから、それは仕方がない。』というローデータより、【呼んでもすぐに来れない状況があることを理解している】ということが抽出できる。

<看護師>

『痰のたまり具合は体位やその時の状況によって違う。吸引の基本技術である清潔操作、吸引時間等は注意してやっている。』『1回で引ききれるとは限らない。』『吸引の仕方はその時によって違う。』というローデータより家族から細かい注意をされても、【基本的な技術は提供している】と思っていることが抽出できる。『姉の顔色を伺って判断を求める。』『必要性をきちんと説明して同意を得る。』というローデータより、【吸引処置に対する姿勢が一定していない】という現状が抽出できる。

2) ストレスに関して

<家族>

『やっぱりこの人は上手とか、この人は手が遅いとか、もうちょっとこう、こうして、ああしてとかかって、やっぱりイライラして…。』『私の方がもっと取れるんじゃないかって思う時もあります。』『うちの弟のをやりながら徐々に覚えていくっていうのもあるんだろうけども…。』というローデータより【看護技術レベルに差があることへのいらだち】が抽出できる。『看護婦さんによって、そうっとやるのも分かるけど…ガシャガシャやる人もおるし…あの子が目覚めるとこっちも起きなければいけないでしょ。…眠れなくてイライラしてくると、病人に対して腹が立ってくるそういう自分が嫌。』と言うローデータより、【夜間に看護師のたてる音で眠れなくてイライラする】という思いが抽出される。

<看護師>

『看護行為に対して意見を言う。』『処置の時間・方法等について要望が多い。』『看護師の行動を常に見ており、毎日メモをとって一挙一動監視されている気持ちになる。』というローデータより、【監視されているような感じを受け、自分の看護行為が十分発揮できていない】という現状が抽出できる。

3) コミュニケーションに関して

<家族>

『人によっては、あらー赤いのが出てきよう、色が変わってきたねとかかって、やっぱり耳に、あれには入らんかったらえいなあと思うたりする。』『モルヒネって聞くと、癌の末期の患者さんに使う薬っていうイメージ…。』というローデータより、【看護師の言う何気ない言葉に敏感になっている】という思いが抽出できる。『いつまで経っても事務的にしか向こうも話されないと、こっちも事務的な話しかできないですよ。向こうから普通の話…そんな様な話をしてくれる人だと、こっちもいろんな事をもっと言いやすいですね。』というローデータより、【看護師の話しかけ方で話ができたり、できなかったりする】ということが抽出できる。

<看護師>

家族に対して緊張することによって、『世間話ができない。』というローデータより、【自分達の意図が十分伝えられない】という現状が抽出できる。

4) 家族と看護師との相互浸透行為

家族と看護師の個人間システムは相互行為において、知覚の正確さ、役割の一致、コミュニケーションのどの項目でも相互間に隔たりがありうまく機能していない。そのため相互行為の段階で各々の知覚判断レベルにフィードバックし(図2参照)、相互浸透行為には到達していないと分析した。

表1 調査結果

家族の自己		口は出すわ、手は出すわ、どっちかっていうとうっとうしがられるタイプ。寒い嫌がられるタイプ。	
家族の知覚	治療	確立した治療はないけど頑張っているってこうねというオペレートで包んだ様な言い方で…最終的には肝移植しか助かる道はないようなことも言われた。	
	病状	一年近くもなって、良うなってはないにしても急激に悪うなりよう感じでもないし、先生達もはっきりした治療法がないにしても、自己免疫力みたいな、人間が皆持っているのがから、それを信じて頑張るしかないと言うたら「うん」と言いよった。	
患者に対する思い		もう、痛いとかって言うたり辛いとかって言うのをもうほんとに全部取り除いてあげたいっていうだけで…もうそれだけです。	
		不安を取り除くとかって言うても、本人の頭の中で考えようことをこっちが覗くことはできんし、言葉で大丈夫やからとか、治るからって言うても、言わんよりは違うかなって思うけど、あからさまに絶対治るとかって言っても、どう考えても無理でしょうみたいな… お見舞いに来る人とかが頑張れよ、頑張れよって言うじゃないですか、そやけど頑張れ言うのもね、あんまり言いたくなくて、十分頑張ろうやろ…みたいな… これからねえ明らかに回復に向かう病人やないがやったら、余計な心配は耳になるべく入れたくない。 なるべく、悪くなりようことは、耳に入れんようにして、良うなりよう情報だけを耳に入れちゃりたい。…やっぱり体の中から、精神的にあっ、ちょっとでも治りようとかって気持ちが出てきたら、もしかしたらねって、…そういう情報をなるべく与えていって、希望を持たしていってやりたいんですよ。 気が合うとかそういう風に考えたことはなかったけど、一緒に過ごした時間ってのがあんまりなかったから、一緒に遊んだ記憶もあんまりないし、だけど、うん、似たところがあるかもしれない。	
空間・時間		私は子供もおらんし旦那と2人でしょう。仕事もしてなかったから気ままに遊びご行ったり自分のペースで動いていたのが、急に制約されて。今は実家とここの往復で、実家も妹が仕切っているから生活のペースも合わせなくちゃならないし…、ここでも殆ど部屋にかんづめで…	
相互行為・役割(家族と看護師の個人間システム-家族)	吸引	吸引の上手な人がいるんだからもっと皆に教えていくというか、やり方を教えていった方がいんじゃないか…。 何でそういうのをきちとやらないんだらうなって言う疑問はやっぱりありますね。どんな仕事でも一番最初って言うのは誰だって素人って言うか、慣れない所から始めて積み重ねていって上手になるんだけど、自分一人の技術だと、これでいいのかなって思うところで、ある程度のところで止まっちゃうじゃないですか。でも、やっぱりもっと上手なやり方とか、もっと素早くやるとか、きちとこうやったら痰がもっと取りやすいとかいうのは、もっと上の技術の人がいるんだらう、その人を真似てというか、習って… 上手な人のを、何回も見てとか、何回もやり方を教わってうまくなるんであって、一回ちょっと教わっただけで、あと自己流でこうやってやっていると、果たしてそれで上手になっているのかどうなのかなって感じたりもするんですね。	看護技術の熟練に努力してもらいたい
	看護処置全般	優しい、優しいばかりやと、こう肝心な、こう痰を引く時も…自分に決定権がないというか、患者さんのことをすごく尊重して多分言うてくれようがかもしれんけど、どうしましようじゃあやっぱりいかにんこともあるし、これだけのことをせんといかんよって… 確実な技術を持った人が、多少強引にテキパキとやる分には、安心してみられる。任せもおけるし…。 最初に見た時はそんなに無理にやっても思ってたんですが、回を重ねていくと、こういういろいろな人を見ると、やっぱりある程度そういう強引さも必要な場合があるなど。	専門的な判断をして欲しい
ストレス(家族と看護師の個人間システム-家族)	ナーズコールの対応	看護婦さん呼んですぐに来れるわけではないじゃないですか、看護婦さんがこう、わざと遅れてくるとかそういうんじゃないでなくて、やっぱり手薄な時間帯もあるし、夜であつたりすると、みんな出はからってない時もあるじゃないですか。たまたま呼んでもすぐ来れる訳じゃないって言うのは分かっているから、それは仕方ないとは思っているんですけど、これが緊急事態だったら、呼んでも待って、何分が来れば来るんですけど、今すぐ来て欲しいときには呼ぶより走った方が早い。ほんとに急だったらあそこを開けて叫ぶでしょうけどね。	呼んでもすぐに来れない状況があることを理解している
	吸引	やっぱりこの人は上手とか、この人は手が遅いとか、もうちょっとこう、こうして、ああしてとかって、やっぱりイライラして…。 私の方がもっと取れるんじゃないかって思う時もあります。 うちの弟のやりながら徐々に覚えていくっていうのもあるんだらうけども…仕方がないのかなって言う気持ちです。だってもうお任せするしかないから、そういうふうにしなくて下さいっていても、そうせざるをえないわけでしょう。その度に専門の、例えば、呼吸器専門の所の人に来てもらって、その人についてもらってうちの弟だけ特別って訳にはいかないでしょうし、それにこっちの方からそんな事まで言えないから…。 いろんなもんがいつぱんに起こると、どれを最優先にこの子にやると、一番楽になるのかなって言うのが、見てると、ねえ、ちょっとゼコゼコいってると、うんと激しいゼコゼコやないし、あつても口からも出そうな感じ、こういう口になつたらもう口から出るかもしれないって思うと、先にそれを持ってこうやって、気管チューブ(吸引チューブ)をポーっとして持って見よるよりも、今のうちに口の方へチューブを付け替えてやってもらわないかんとかって、こう、わーっとかって出てくるから…そうするとこう吹き上げてくる。 ア一見よううちにそれをここに置いて、マージンチューブからこう引いちゃって、早よってこう思うと…。	看護技術レベルに差があることへのいらだち
胃管からの排液	点滴の残チエック	看護婦さんによってそうとやるのも分かるけど、ガシヤ、ガシヤとやる人もおるし、んー目覚めたいやだなっていうのがあって、やっぱあの子が目覚めるとこっちは起きなければいけないでしよ。起きて、その本人が可哀相だなんていうのもあるけど、こっちは眠れなくてイライラしてくると、今度看病してあの子が起きようとしている時に、自分がストレスがたままって寝不足になってくると、今度どれだけ辛いかわからない病人に対して腹が立つてくる。そういう自分が嫌なの。あれは嫌や、嫌って言うか、起きるんじゃないかって、それが一番嫌。あの子も可哀相というのもあるし、あの子が起きるとこっちは眠れないっていうか、二日目、三日目になるとストレスがたまってきたて、凄くイライラしてて…。	看護師のたてる音で寝れなくてイライラする
	胃管からの排液	人によっては、あら一赤いのが出てきよう、色が変わってきたねとかって、やっぱり耳に、あれには入らんかったらえいなあと思うたりする。明らかに回復に向かう病人やないがやったら、余計な心配は耳になるべく入れとうないなって思う気持ちもあるし。 その赤いのっていうのは、血の色だから本人に聞こえて意識がしっかりしてれば、“ああ、又血が出るんだな”とか“もっと悪くなっているんじゃないか”とかって言う気持ちになると、どんどん不安になってくるし。	

<p>コミュニケーション (家族と看護師の個人間システム-家族)</p>	<p>モルヒネって言った事</p>	<p>やっぱり、もうちょっと神経を配って欲しかったなっていう気持ち。モルヒネって聞くと、癌の末期の患者さんに使う薬っていうイメージ、それがやっぱり耳に入ったら「ああ、もう駄目なんだ」て言う直結して考えちゃうと思うんで、ちょっとびっくりっていうか…。 モルヒネの話と、その前に私なんかぬい頭にきててね、その頭にきた人は覚えてないけど、やっぱりでもねーモルヒネって言ったのかも知れない。</p>	<p>看護師の言う何気ない言葉に敏感になっている</p>
	<p>事務的な話家族に対して</p>	<p>皆さん割とこう、フレンドリーに言ってくれたりとかして、こう事務的な感じやなくてね。方言を交えながら喋ってくれたほうがこっちも喋りやすい。 やっぱりでも1ヶ月、2ヶ月位はあんまり言えなかったですね。遠慮もあるって言うかねえ、いつまで経っても事務的にしか向こうも話されないと、こっちも事務的な話しかできないですよ。向こうから普通の話、「今日は暑いですよ。」「この頃大変でしょう。」とか、そんなような話をしてくれる人だと、こっちもいろんな事をもっと言いやすいですね。最初付いた時は言えないけれどだんだんわかってくると、『あ、この人だったらこういう話ができる。』とか頭で考えなくてもすっと出ちゃうじゃないですか。「昨日こういうことがあったんですよ。」とか申し送りで聞いていたとしても、やっぱりなんか言いたいのかな。やっぱり違うね。</p>	<p>看護師の話方で話ができたり、できなかったりする</p>
<p>看護師の家族に対する知覚</p>		<p>患者のことは誰よりも知っている、誰よりもわかっていると認識しているように見える。 付き添いを始める前と比べて環境の変化がとて大きくて、自由な時間もない。 患者が人工呼吸器装着中で不穏もあり、患者が起きている時は誰かが患者の側にいないと不安がる。 看護行為に対し意見を言う、処置の時間、方法等について要望が多い。緊張する。世間話ができない。 長期間の付き添いは想像以上に身体的、精神的にも大変だろう。</p>	
<p>相互行為・役割 (家族と看護師の個人間システム-看護師)</p>	<p>吸引</p>	<p>一回で引ききれるとは限らない。 痰のたまり具合は、体位やその時の状況によって違う。基本的な清潔操作、吸引時間は注意してやっている。 患者への吸引の仕方はその時によって違う。 吸引のため、コールで呼ばれたが、吸引圧を確認していると「早うしてや」と怒られた。 あの人はこうしよった、と注意される。 言われるがままになっている。 姉の顔色をうかがって判断を求める。 必要性をきちんと説明して同意を得る。</p>	<p>基本的な技術は提供している 吸引処置に対する姿勢が一定していない</p>
<p>ストレス(家族と看護師の個人間システム-看護師)</p>	<p>看護処置全般</p>	<p>看護行為に対して意見を言う。 処置の時間・方法等について要望が多い。 看護婦の行動を常に見ており、毎日メモを取っていて一挙一動監視されている、批判的に見られている気持ちになる。 緊張する。プレッシャーがかかる。 言われるがままになっている。 家人の顔色を覗いながら対応している。</p>	<p>監視されているような感じを受 自分の看護行為が十分發揮できない</p>
<p>コミュニケーション(家族と看護師の個人間システム-看護師)</p>		<p>緊張する。 世間話ができない。 姉に言う時は、気を使って言えない時がある。姉の言うままになってしまうこともあり、自分が嫌になってしまうことがある。</p>	<p>自分達の意図が十分伝えられない</p>

V. 考察

看護師のかかわりに対する家族の認識を分析した結果、各システムの知覚において看護師との認識の差が大きいため相互浸透行為につながらずに、各々の知覚レベルにフィードバックしていることがわかった。

認識の差の大きな原因は、知覚のずれと考える。キングは「知覚は怒り、恐れ、愛といった非常に強い情動的状态によって歪曲されることがある。情緒は部分的に知覚野を閉鎖する可能性があり、したがって知覚野に入ってくる手がかりをも制限する。このような知覚の持つ側面をふまえてお互いが正確に知覚し合うことは看護婦-患者間の相互行為の1つの重要な要素である。これこそが、共通の目標設定への第一歩である。」²⁾と述べている。家族は前医での医師に対する不信感、患者の年齢が若いこと、確立した治療法がない疾患で予後が不確実であること等により、患者に対する思いがとて強い。患者への看護介入は人工呼吸器の管理、気管内吸引、輸液の管理、清潔援助等があり、生命危機に直結する処置や苦痛を伴うケアである。看護師側は熟練度を考慮し、人工呼吸器の管理ができる看護師を選んだり、受け持つ看護師の他の仕事量を減らし集中的に対応できるよう行っている。しかし、家族は看護師各々によって技術レベルの異なる看護処置がされていると知覚し、看護師に対して不信感がある。看護師に対して安心感が持てない家族は患者を自分が守らなくては行けないという思いが強く、防衛傾向になっていると思われる。看護師は、家族が患者のことを誰よりもわかっていると認識しているように見え、処置の時間、方法について要望が多く緊張する存在と知覚し、家族と看護師

がお互いに正確な知覚ができない状態となっている。

看護師との相互行為における知覚の違いは家族にとってストレスになっている。家族の個人システムにおいて、今までの生活と大きく変わってしまった環境、それを自分では変えられない状況、操作できない制約された空間及び時間は、家族のストレスを増大させていると思われる。キングは「あまりに強いストレスには、個人の相互行為能力や目標達成能力を低下させることがある。」³⁾と述べている。家族のストレスは家族の相互行為能力や目標達成能力を低下させてしまい、看護師への認識を変えることができなくなっていると思われる。

キングは個人間システムの中の役割について、「看護婦はそれぞれの状況で目標を確認し、そして個人が目標を達成するように援助するために、その知識、技能、価値を駆使する。」³⁾、「看護という職業分野においては、コミュニケーションについての知識と、それを使いこなす技能とは、専門職の助力を求めざるを得ない異常なストレスを体験しているであろう人々との相互関係を築く上で基礎を形づくるものとして専門職の仕事の重要な部分である。」²⁾と述べている。当事例では、看護師は家族の個人システムの中の知覚に関し、看護師もかわりにくい存在と捉えているため、コミュニケーション不足が生じ、家族の看護師への思い、期待を理解できず、知識、技能、価値が駆使できていない現状である。そして、家族と看護師は知覚の持つ側面をふまえて、お互いに正確に知覚し合うことができず、個人間システムがうまく機能していないと考える。

更に、日々の関わりの中で、患者に対して、苦痛を取り除いてやりたいという家族の強い思いと、身体機能を低下させたくないという看護師の思いとが、協調できない状況となっており、又患者の年齢が若いこと、予後が不明であること等から、共通目標が見出せず相互浸透行為に至らないと考える。

VI. まとめ

看護師のかかわりに対する付き添い家族の認識を分析した結果、家族、看護師ともに、個人および個人間システムの中の知覚にずれが生じており、家族と看護師間の相互行為はうまく機能せず、相互浸透行為にいたることなく、各々の知覚のレベルにフィードバックしていることがわかった。主な要因としては、家族の持つ個人間システムからのストレスが大きいこと、コミュニケーションがうまくとれていないために、看護師が目標達成をするための知識、技能、価値を駆使することができていないということが考えられた。

看護師と家族の相互行為をうまく機能させ、相互浸透行為に繋げていく為には、コミュニケーションの知識と技能を修得し、看護師が知識、技能、価値を駆使していることを家族に伝えるようにすることが必要である。

引用・参考文献

- 1) 渡辺祐子他：家族看護学，理論と実践 第2版，日本看護協会出版会，261，1999.
- 2) Imogene M. King, Ed.D.R.N.：キング看護理論，医学書院，1985.
- 3) ジュリア・B・ジョージ編：看護理論集，増補改訂版，アイモジン・M・キング，日本看護協会出版会，207 - 224，1998.
- 4) ルビー・L・ウェズレイ：看護理論とモデル，第二版，キング/目標達成理論，ヘルス出版，1998.
- 5) 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，1996.
- 6) 看護における研究：井上幸子他，日本看護協会出版，1999.
- 7) 戸田間充子他：家族を1つのユニットとして援助する看護の展開，看護学雑誌，61 (1)，1997.
- 8) 秋山和代他：悲嘆のプロセスをいかに支えることができるか，看護学雑誌，61 (1)，1997.
- 9) 花里ゆか他：危機的状況にある家族へのかかわり，看護学雑誌，61 (1)，1997.
- 10) 関井友子：家族をとらえる視点，看護学雑誌，61 (1)，1997.
- 11) 野嶋佐由美：家族像の形成，臨床看護，11，25 (12)，1999.
- 12) 高野順子：家族の健康 マッギール・モデルの観点から，臨床看護，11，25 (12)，1999.
- 13) 鈴木志津江：家族とインフォームド・コンセント，臨床看護，11，25 (12)，1999.
- 14) 川上理子：病者を抱える家族の役割移行と看護のかかわり，臨床看護，11，25 (12)，1999.
- 15) 中野綾美：家族員の病気と家族の生活の質，臨床看護，11，25 (12)，1999.

〔 平成 15 年 9 月 27～28 日、高知市にて開催の第 10 回 日本家族看護学会 学術集会で発表 〕