
研究業績報告集

2011 (平成23) 年度 循環器疾患看護研究助成

公益財団法人 循環器病研究振興財団

序

高血圧・糖尿病・脂質異常症などの生活習慣病が原因で起こる心臓病・脳卒中は、今や我が国における国民総死亡のなかでトップの座を占め、国民医療費の最大部分を占めています。

公益財団法人循環器病研究振興財団は、これらの循環器病の患者さんに対する看護の質の向上を目的として、平成 6 年度から循環器疾患看護研究助成を行ってきました。

ここに、当財団の 2011 年度（平成 23 年度）における研究報告を集録して関係各位のご参考に供するとともに、今後の循環器疾患看護のより一層の進展に深い理解を寄せて頂くことを期待するものであります。

平成 24 年 9 月

公益財団法人循環器病研究振興財団理事長
（国立循環器病センター名誉総長）

山 口 武 典

* 総目次 *

No	研究課題	研究代表者	頁
1	心臓外科急性期看護を实践するICUへ転属となった中堅看護師の看護実践能力形成過程における問題	小西邦明	1
2	心不全看護外来が慢性心不全患者に及ぼす効果	野崎悦代	12
3	循環器病救急初療室でのNPPV治療導入前後の心原性肺水腫患者の身体的・精神的苦痛	藤巻弘史	16
4	先天性心疾患を有する乳幼児をもつ両親の心肺蘇生法集団指導前後での意識変化	益留慎伍	21
5	心臓血管外科術後にICU入室した患児における家族の面会時の想い	山崎幸代	26

心臓外科急性期看護を実践する ICU へ転属となった 中堅看護師の看護実践能力形成過程における問題

国立循環器病研究センターICU 病棟・看護師
小西邦明

I. 緒言

近年、我が国では生活習慣の変化や高齢化などから、循環器疾患の若年化と循環器疾患患者の増加といった特徴がみられる。それに伴い心臓外科手術件数の増加や心臓移植術、補助人工心臓装着術といった難治性心疾患に対する外科的治療も著しく進歩し、看護に求められる役割は一層拡大し高度化してきている。心臓外科手術は、生命維持に欠かせない臓器である心臓に対して侵襲を加えるため、術後の集中治療室（intensive care unit;以下 ICU）では生命の危機的状態の回避のために、迅速な判断と行動、合併症の早期発見・予防、複雑かつ多岐にわたる ME 機器・薬剤管理、早期回復に向けた援助といった急性期看護が必要とされる。そのためには特殊で多くの知識・技術の獲得は心臓外科急性期看護を実践する ICU の看護師には必要であり、臨床での学びは大変重要となる。しかし、その特殊性ゆえに学習においては様々な問題に直面することが多いと予測される。また、一般の ICU においても、ICU の持つ緊迫した雰囲気や人間関係により、中堅看護師でさえケアへの戸惑い、無力感等を感じることが明らかにされている（藤田,2009;池田・野澤,2007）。また、看護の専門領域別にみても、循環器領域の看護師がバーンアウトに陥ることが多いことや、知識・技術の習得に一定の期間を要し高いストレスを伴う看護領域であることも言われている。このようなことから、心臓外科急性期看護を実践する ICU へ転属となった中堅看護師（以下、転属中堅看護師とする）は、様々な学習経験のなかで問題に直面することや、看護実

践能力の獲得過程において特殊性を感じていることがあると推測されるが、それらに焦点をあてた研究は行われていない。そこで、心臓外科急性期看護を実践する ICU へ転属となった中堅看護師の教育プログラムや看護実践能力習得に向けた支援策を検討する一助とするために、転属となった中堅看護師の臨床経験をもとに学習や看護実践能力形成過程における問題を明らかにしたので報告する。

II. 対象・方法

1. 用語の定義

1)学習

経験によって、知識・スキル・信念に変化が生じること（松尾,2006）とする。

2)問題

個々人が、何らかの目標を有していながらも、それに到達するための手段や方法がわからない、到達への試みがうまくいかないという事態（Eysenck,2001）とする。

3)中堅看護師

類似した状況で 2～3 年以上仕事をしている看護師で、Dreyfus Model の「一人前(Competent)」の状態にある看護師とする。

4)転属中堅看護師

他施設や同一施設内の他病棟から心臓外科急性期看護を実践する ICU に配属となった看護師とする。

2. 研究協力者

転属中堅看護師で研究に協力、同意が得られた看護師 6 名を対象に調査を行った。配置転換後の

看護師が職場に適応するまでに約半年から1年要すると言われていことを考慮し、ICU配属後1年以上経過した看護師を対象とした。また、ICU配属時の経験を問い、記憶を想起することが必要であるためICU配属後5年以上の看護師、配属以前に心臓外科急性期看護の経験がある看護師は対象者から除外した。施設の選定基準は近隣の心臓血管外科手術を年間200例以上実施している大学病院を対象施設とした。

その結果、本研究の対象となったのは4施設6名の看護師であった。対象看護師の看護師経験年数は平均8年、転属前の所属病棟は消化器外科病棟1名、消化器内科病棟2名、手術室2名、脳神経外科ICU1名であった。ICUへの配属を希望していたのは6名中3名であった。

3. データ収集期間

平成23年6月～平成23年12月

4. データ収集方法

本研究に関して同意の得られた看護師に半構成的面接調査法によるインタビューを行った。面接はインタビューガイドに沿った面接を実施した。内容は、ICUに配属となり直面した学習における困難、知識・技術を習得する際に感じた問題について語ってもらった。インタビュー時間は、原則30分～1時間とした。必要時は2回目のインタビューを依頼し補足質問や内容を深めていった。インタビュー内容は、研究協力者の許可を得た上でICレコーダーに録音した。インタビュー実施前にはプレテストを行い、面接水準の一定化、インタビューガイドの妥当性を検討した後に調査を行った。

5. データ分析方法

心臓外科急性期看護を実践するICUへ転属となった中堅看護師が看護実践能力を形成・獲得過程における経験の中で直面した学習における問題を内容分析の手法を参考に分析を行った。分析の手順を以下に示した。

1) インタビューにて得られた回答から逐語録を作成した。

2) 逐語録の内容は全体を文脈単位として捉えた。

3) データを分析に耐えうるデータとするため、文脈単位を記録単位へ分割した。

4) 記録単位に含まれる不用な部分を削除した。

5) 本分析の準備として、表現が完全に一致している記録単位、表現は少し異なるが完全に意味が一致している記録単位などを整理する基礎分類を行った。

6) 本分析は意味内容の類似した記録単位群を探し、それらを的確に表す表現へと置き換え、カテゴリ化を行った。

7) 本研究の信頼性を高めるために、分析の過程から質的研究に関し専門的に学習し、臨床経験を有する看護学研究者にスーパーバイズを受けた。

6. 研究協力者にアクセスするまでの方法

1) 研究協力の依頼にあたっては、病院の看護管理者に、本研究の目的、方法、倫理的配慮について、口頭及び文書にて説明を行った上で、同病院において研究協力者としての条件を満たしている者への調査実施の許可とその選出を依頼した。その際、紹介していただいた研究協力候補者との交渉、および本研究への協力は、施設の看護部業務とは一切関わりがなく、協力者と研究者の合意に基づくものである点を口頭及び文書にて説明してもらった。

2) 研究協力者としての条件を満たしている者に対し①研究協力依頼書②返信用紙③返信用封筒の一式を配布してもらうように看護管理者に依頼した。

3) 研究協力候補者が研究協力依頼書を読み、研究協力に関する説明を聞いてもよいという意思がある場合、返信用紙、返信用封筒を用いて研究者に郵送で発送してもらった。

4) 返信用紙内に示されたアクセス方法を用いて、研究協力候補者に連絡をとり、面談を設け個別に研究協力を依頼した。研究協力の説明文書に沿って研究の目的・方法及び倫理的配慮を説明した上で、「同意書」への署名が得られた者の

みを研究協力者とした。

7. 倫理的配慮

本研究は日本看護協会の「看護研究における倫理指針」に準拠する。研究実施に際しては、以下に示す倫理的な配慮を行った。本研究は国立循環器病研究センター看護倫理委員会にて承認を得た後に実施した。

- 1) 研究協力の依頼にあたっては、病院の看護管理者に本研究の目的、方法、倫理的配慮について文書による説明の上、研究協力候補者に対する研究協力依頼の許可を得た。その際、研究協力候補者への強制力が働かないように研究への協力が看護業務には一切関係がなく、研究者と協力者の合意に基づくものである点を看護管理者に文書にて説明を行った。
- 2) 研究協力者としての条件を満たしている者に対して①研究協力依頼書、②返信用紙、③返信用封筒の一式の配布を看護管理者に依頼した。その際、研究協力候補者への強制力が働かないように研究への協力が看護業務には一切関係がなく、研究者と協力者の合意に基づくものである点の説明も合わせて依頼した。
- 3) 研究協力候補者は、看護管理者から研究協力依頼書一式を配布されるが、研究協力候補者が研究協力に関する説明を聞いてもよいと考えた場合のみ、返信用封筒にて自己投函してもらった。
- 4) 研究協力への意志が示された研究協力候補者に対して、研究者が個別に研究協力を依頼した。その際、研究趣旨及び倫理的配慮（自由意志の尊重、研究協力の辞退や撤回の自由、プライバシーの保護等）について研究協力依頼書に沿って説明を行い、同意、承諾の上で「同意書」への署名をしてもらうことで研究協力者とした。

III. 結果

心臓外科急性期看護を实践する ICU へ転属となった中堅看護師が看護実践能力を形成する過程で経験する問題は、2 領域、18 カテゴリで表

すことができた。以下、この 18 カテゴリについて論述する。なお、《 》内はカテゴリを示す。

1. 領域 1：心臓外科急性期看護を实践する ICU 看護師ならではの問題

これは、心臓外科急性期看護を实践する ICU 看護師であることに特徴づけられる問題の経験を示し、《解剖生理と術式の理解とそれに基づく看護の遂行》、《心臓外科特有の術後循環管理とその対応》、《不整脈の理解と判別に基づく対応》、《複数の薬剤・輸液管理の理解とそれに基づく看護の遂行》、《PA カテーテルデータの理解とその分析に基づく対応》、《複数のパラメータの理解とその分析に基づく対応》、《術前検査データの把握と活用》、《患者の変化の把握と推測に向けた細かな観察行動》、《緊張度の高い看護実践現場での実践と学習》、《自己学習や講習会で知り得た知識を実践状況へ適用することの難渋》という 10 のカテゴリで構成された。

1) 領域 1 の内容

(1) 《解剖生理と術式の理解にとそれに基づく看護の遂行》

このカテゴリは、「心臓の解剖生理についての理解の難しさ」、「使用されている略語がわからない」、「心臓外科手術とその方法の理解の難しさ」などの記述内容から形成され、転属中堅看護師が「心臓をはじめとした循環機能に関わる解剖生理や略語を理解し、術式の特徴に応じた看護を展開する難しさ」という問題を経験していることを表した。

(2) 《心臓外科特有の術後循環管理とその対応》

このカテゴリは、「心臓外科術後急性期特有の血圧管理と対応の理解」、「水・電解質バランス管理の細やかさと対応の理解」などの記述内容から形成され、転属中堅看護師が「血圧、電解質は術式に応じて管理目標が変更され、その必要性を十分理解し報告・治療につなげることの難しさ」という問題を経験していることを表した。

(3) 《不整脈の理解と判別に基づく対応》

このカテゴリは「不整脈の理解と判別に基づく

対応」、「不整脈を見逃さないように観察すること」、「不整脈監視に伴う不安と緊張」などの記述内容から形成され、転属中堅看護師が「不整脈の波形やメカニズム、原因、循環機能への影響を理解した上で、その不整脈を見落とさず監視し、判別して適切な行動を遂行することの難しさ」という問題を経験していることを表した。

(4) 《複数の薬剤・輸液管理の理解とそれに基づく看護の遂行》

このカテゴリは、「薬剤・輸液管理が細かい」、「疾患、術式の特徴に応じた薬剤・薬剤量の理解が難しい」、「薬剤投与の必要性がわかりにくい」などの記述内容から形成された。心臓外科術後急性期は、多種多様な薬剤・輸液が患者個々の状態や疾患・術式の特徴に応じ、その変化に合わせた適用、適量での投与によって全身管理が行われる。このカテゴリは、転属中堅看護師が、それらの「心臓外科術後急性期特有の状況における複数で多種多様な薬剤投与の必要性・効果を理解して適切に患者管理と看護ケアを行う難しさ」という問題を経験していることを表した。

(5) 《PA カテーテルデータの理解とその分析に基づく対応》

このカテゴリは、「PA カテーテルの構造や測定位置、位置異常がわからない」、「PA カテーテルの示すデータや波形がわからない」などの記述内容から形成され、転属中堅看護師が「PA カテーテルの測定位置、波形の正常、測定データが示す意味とそれを理解し、速やかに把握・対処することに難渋する」という問題を経験していることを表した。

(6) 《複数のパラメータの理解とその分析に基づく対応》

このカテゴリは、「モニター量が多い」、「パラメータ数値の点が線に繋がらない」などの記述内容から形成された。心臓外科術後急性期には、患者の状態を把握するために非常に多くの患者監視装置を使用される。このカテゴリは、転属中堅看護師が「術後のモニター項目が多く、それらの

データを適切に収集し、解釈し治療・看護に活用することの難しさ」という問題を経験していることを表した。

(7) 《術前検査データの把握と活用》

このカテゴリは、「術前検査の多さとそれらの看護への活用」、「既往歴・術前状態の把握」などの記述内容から形成され、転属中堅看護師が「心臓外科手術の準備に関わる術前検査が多く、それらの必要性、結果を理解し、術後の看護に活用することの難しさ」という問題を経験していることを表した。

(8) 《患者の変化の把握と推測に向けた細かな観察行動》

このカテゴリは、「観察内容の多さ」、「細やかな観察」、「異常を早期に察知する観察の難しさ」などの記述内容から形成され、転属中堅看護師が「モニター、パラメータ数値以外にも、患者の全身状態を細かく観察し全体の情報として統合することの難しさ」という問題を経験していることを表した。

(9) 《緊張度の高い看護実践現場での実践と学習》

このカテゴリは、「心臓外科急性期看護の怖いイメージの払拭」、「看護スタッフの持つ緊張感」、「患者急変遭遇への不安の払拭」、「生命に直結する急変の多さとその対応の難しさ」などの記述内容から形成され、転属中堅看護師が「生命に直結する臓器である心疾患を持つ患者、術直後の急変しやすい時期の看護を行う重圧と緊張度の高い現場で学習しなくてはならない」という問題を経験していることを表した。

(10) 《自己学習や講習会で知り得た知識を実践状況へ適用することの難渋》

このカテゴリは、「勉強会の知識が直ちに活用できない」、「知識を実践に結び付ける難しさ」などの記述内容から形成され、転属中堅看護師が、「自己学習や勉強会で獲得した知識を、臨床現場で速やかに活用することに難渋する」という問題を経験していることを表した。

2. 領域2：中堅看護師ならではの問題

これは、看護師としての経験があり「中堅」と呼ばれるレベルにある段階で配置転換となったことに特徴づけられる問題の経験を示しており、《患者管理と看護ケアの重点の違いの納得と理解》、《医師・リーダー看護師への状況報告の遂行》、《新たな人間関係の構築》、《他者への質問行動と目標達成の未完》、《他者に支援を求めることによるジレンマ》、《満足のいかない勉強会》、《サポート体制の縮小に伴う職務遂行困難》の7つのカテゴリで構成された。

1) 領域2の内容

(1) 《患者管理と看護ケアの重点の違いの納得と理解》

このカテゴリは、転属したICUでは、患者の状態把握のための情報収集において、モニター監視を重要視していることなどの「重きを置いている看護の違いに対する違和感」や「既習と異なる看護方法に慣れない」、「これまで働いてきた病棟と患者の見方が違うことへの戸惑いとその理解」といった記述内容から形成され、転属中堅看護師が、新たに参加する看護実践現場での患者管理や看護実践において、重きを置いているところの違いなど看護の価値付けや方法の違いに戸惑いを感じ、それを自分なりに納得しなら、理解していくことに難渋する」という問題を体験していることを表した。

(2) 《医師・リーダー看護師への状況報告の遂行》

このカテゴリは、「報告するべき内容がわからない」、「報告するタイミングが難しい」の記述内容から形成され、転属中堅看護師が、患者の状態について医師やリーダー看護師に対して、いつ、何を、どのようなタイミングで報告するべきなのか、「患者や自己の状況に関する適切な報告を遂行することの難しさ」という問題を体験していることを表した。

(3) 《新たな人間関係の構築》

このカテゴリは、「医師との人間関係ができていない」、「同僚との人間関係ができていない」と

いった記述内容から形成され、転属中堅看護師が、「医師や看護師など、自分と関わる新たな重要他者と良好な人間関係をすみやかに構築していかなければならない」という問題を体験していることを表した。

(4) 《他者への質問行動と目的達成の未完》

このカテゴリは、「忙しそうで質問しにくい」、「自分の期待する内容の説明が聞けない」などの記述内容から形成され、転属中堅看護師が、「円滑な仕事の運びや適切な看護の展開に向けて看護スタッフに対して質問する機会の獲得や期待する返答を得ることの難しさ」という問題を体験していることを表した。

(5) 《他者に支援を求めることによるジレンマ》

このカテゴリは「新卒看護師のように見られることへの葛藤」、「看護経験を有する者としてのプライド」、「看護経験者としての求められる学習姿勢」、「楽をしているように思われることのかよしさ」という記述内容から形成され、看護経験を有するが故に、転属中堅看護師が「他者に支援を受けることで得る利益と援助要請に伴う犠牲と損失との間で生じるジレンマの克服」という問題を体験していることを表した。

(6) 《満足のいかない講習会》

このカテゴリは、「勉強会は担当者の教育能力に左右される」、「教科書を抜粋した内容の勉強会」といった記述内容から形成され、転属中堅看護師が、「講習会での学びが担当者の教育技能によって左右され、満足が得られる講習会内容のものになっていない」という問題を体験していることを表した。

(7) 《サポート体制の縮小に伴う職務遂行困難》

このカテゴリは、「他者からのサポート度合いが縮小した」という記述内容から形成され、転属中堅看護師が、「新卒看護師への教育・サポート体制が拡充するにしたがって、自己へのサポート度合いが縮小していくことで円滑な職務遂行や学習が困難になる」という問題を体験していることを表した。

IV. 考察

1. 領域 1：心臓外科急性期看護を实践する ICU 看護師ならではの問題の特徴

1) 【心臓外科急性期看護特有の知識獲得の難渋】

転属中堅看護師が、心臓外科急性期看護を实践する ICU において看護実践能力を形成していく過程で経験する問題に着目すると、

(1) 《解剖生理と術式の理解に基づく看護の遂行》

(2) 《心臓外科特有の術後循環管理とその対応》

(3) 《不整脈の理解と判別にに基づく対応》

(4) 《複数の薬剤・輸液管理の理解とそれに基づく看護の遂行》

(5) 《PA カテーテルデータの理解とその分析に基づく対応》

(6) 《複数のパラメータの理解とその分析に基づく対応》

(7) 《術前検査データの把握と活用》

(8) 《患者の変化の把握と推測に向けた細かな観察行動》

といった 8 つのカテゴリは、転属中堅看護師が、心臓外科急性期看護特有の「理論的知識」と、それらの知識を駆使しながら、患者の状況や反応をどのように読み取るのか、その状況や反応に対してどのように看護を遂行するのかといった「実践的知識」の獲得に難渋するという問題を経験している。つまり、【心臓外科急性期看護特有の知識獲得の難渋】を示していると解釈することができる。

2) 【心臓外科急性期看護を实践する ICU 特有の場の状況】

(9) 《緊張度の高い看護実践現場での実践と学習》というカテゴリの通り、転属中堅看護師は、心臓外科急性期看護を实践する ICU のような極度に緊張した雰囲気を感じ取れる現場において看護を展開しつつ、同時にそれらに必要な知識を学んでいくことは容易ではなく、その遂行に困難を感じていることがわかる。先行研究では、一般病棟から ICU へ配置転換した看護師は、新たに求められる看護の知識や技術の理解に難渋し、不

安を抱えながら看護を展開していることが明らかになっている(富房, 2000; 畑中・山形, 2004; 凶子・小林・他, 2005)。本研究では、他科の術後管理・看護を行う ICU での臨床経験を有する中堅看護師でさえも、心臓外科急性期看護に必要な知識を新たに獲得し実践することに難渋していた。心臓外科手術を受けた患者は、生命維持に重要な臓器・組織に対して直接侵襲を受けることや、術中の体外循環装置を用いた非生理的な循環動態にさらされる。そのため、術後 ICU では循環動態が極めて不安定で危機的状況にある。したがって、他科の術後管理より多くの様々な患者監視装置や生命を維持するための機器類や薬剤を複数使用した特殊な集中治療が行われる。そうした【心臓外科急性期看護を实践する ICU 特有の場の状況】が、心臓外科急性期看護を实践するにあたり、特有の知識・技術獲得の難渋に関連していることが考えられる。

3) 【心臓外科急性期看護で求められる知識の有する性質】

「勉強会の知識が直ちに活用できない」、「知識を实践に結び付けることが難しい」などの記述内容から形成された(10)《自己学習や講習会で知り得た知識を实践状況へ適用することの難渋》というカテゴリが示すように、転属中堅看護師は、自己学習や講習会により知り得た「理論的知識」を直面する状況に適用することに難渋している。そして、看護師として豊富な看護経験を有しているながらも、それらを新たな看護現場での看護に直ちに活用することが出来ずにいることがわかる。看護実践現場という複雑かつ不確定な状況において駆使される看護の知識は、状況と切り離すことの出来ない性質を帯びている。つまり、【心臓外科急性期看護で求められる知識の有する性質】という特徴が、転属中堅看護師の心臓外科急性期看護特有の知識獲得の難渋に関連していることが考えられる。

2. 領域 1 の特徴を踏まえた支援について

前述のとおり、転属中堅看護師は、【心臓外科

急性期看護特有の知識獲得の難渋】を経験しており、それには【心臓外科急性期看護を实践するICU 特有の場の状況】と【心臓外科急性期看護で求められる知識の有する性質】が関連していることが考えられた。

転属中堅看護師は、【心臓外科急性期看護で求められる知識の有する性質】に関連して「勉強会の知識が直ちに活用できない」、「知識を实践に結び付けることが難しい」といった(10)《自己学習や講習会で知り得た知識を实践状況へ適用することの難渋》の問題を経験している。このように自己学習や講習会、実技演習で学習したことを実践現場で活かす、あるいは、ある文脈で学習したことを別の新しい文脈で活かすことは「学習の転移 transfer of learning」(米国学術研究推進会議, 2002) または「知識の転移 transfer of knowledge」(Eraut et al, 1995) と呼ばれる。この「学習の転移」、「知識の転移」の困難性は、実践的専門家の育成を目指す看護教育において、以前から指摘されている古くて新しい問題である

(Wong, 1979 ; Eraut, 1994 ; Eraut et al, 1995 ; 南, 2009)。教育学者のマイケル・エラウト

(Michael, Eraut)は、英国での看護教育の調査を踏まえて、「知識の活用」が「知識の獲得」とは異なる活動であること、教育現場で学んだ知識を实践現場で「活用」することの学習は自動的に起こるものではないこと、そして「知識の活用」の学習には实践現場での「時間 time」と「支援 support」が必要であることを指摘している

(Eraut et al, 1995 ; Eraut, 2003)。看護学者のパトリシア・ベナー (Patricia E. Benner) は、医師の治療的処置の補助を行っている看護大学院生が、患者の精神的安寧を目指した関わりを遂行出来ずにいた事例を示し、看護大学院生は、そうした関わりが必要だという理論的知識は持っているが、「獲得」した理論的知識をどのような場面で、どのように「活用」するのかの实践的知識が不足していたことを説明している

(Benner, 2000)。このような「ある文脈で学習

したことを別の新しい文脈で活かすこと」を示す「転移」の困難性についてのエラウトやベナーの報告は、看護経験の少ない学生に関する報告である。しかし、本研究からは、看護師経験を有している中堅看護師でさえ、転属によって自己の経験とは異なる文脈に置かれると、知識を働かせて有能に振る舞い、行動することに難渋していること、そして理論的知識について学習しても、その知識をどのような場面で、どのように活かしつつ看護実践を遂行するのか、実践場面への活用にも難渋していることがわかった。

こうした状況にある転属中堅看護師が、心臓外科急性期看護に必要な理論的知識を獲得し、それを实践的知識として活用しうる能力を形成していく過程において、どのような教育的支援が必要になるのだろうか。例えば、ベナーは「実践」という状況下でのモデリング (Benner, 2000) やコーチング技術を駆使した「徒弟的アプローチ」によって学び手を導いていくこと (Benner et al, 2011) の重要性を主張している。その過程を通して、学び手は、実践状況下でどのように行動しつつ考えるのかを学び、理論的知識を实践的知識におきかえる (Benner, 2011) と述べている。発達心理学者のバーバラ・ロゴフは、このようにある実践集団に参入してきた新参者が、そこでの実践に熟練した他者の導きを通して、その遂行に関わる高度な知識や技能を身につけていくことを「導かれた参加 guided participation」と呼び、ベナーと同様にそうした「徒弟的アプローチ」の重要性を主張している (Rogoff, 1995, 2003)。つまり、心臓外科急性期看護を展開するICUという、実践集団への「参加」を導き、状況下でのモデリングやコーチングによる教育的支援は、転属中堅看護師が、そこでの実践に必要な高度な知識や技能を身につけていく上で欠かせない教え手の役割と言える。

また、認知心理学研究では、学んだ知識は「こういう場合にこのように利用する」と学び手自身が意識付けしていなければ「転移」は生じにくい

と言われている（佐伯，1997）。つまり、実践という状況の中で学び手にそうした意識付けを行うことが必要になると言える。それには、上記のような「徒弟的アプローチ」に加え、学び手自身が、自己の実践の最中に、あるいは事後に注意深く振り返り、意味付ける「リフレクション reflection」（Schön, 1983, 1987）活動を支援することが重要となる。

3. 領域 2：中堅看護師ならではの問題の特徴

1) 【自己の看護観やアイデンティティのゆらぎ】

転属中堅看護師が、心臓外科急性期看護を実践する ICU で看護実践能力を形成していく過程に経験する問題として、「中堅看護師」であるが故の特徴に着目すると、「ICU の先輩が行っているのを見てこんな見方でいいのかなって思った」という(1)《患者管理と看護ケアの重点の違いの納得と理解》や、「報告するべき内容がわからない」、「報告するタイミングが難しい」(2)《医師・リーダー看護師への状況報告の遂行》は、転属となった ICU では、これまで経験してきた部署とのそれとは異なり、戸惑っていることがわかる。

看護理論家のウィーデンバックによると、看護師は、看護に対する信条や価値観としての「看護の哲学」をそれぞれが有しており、それがその人なりの看護のやり方を決定付けていると述べている（Wiedenbach, 1964）。「看護の哲学」は、日々の看護を振り返ることで確かめられ、培われていくものであり、「看護観」とも言われている（野嶋，2004，p.9）。そうであるとすれば、転属中堅看護師にとって、これまでの経験とは著しく異なる価値や規範に対する自分なりの納得と理解をし、そこでの看護を身につけていくことは、自らの「看護の哲学」とも言える「看護観」を大きく揺るがす否定的な葛藤経験になる可能性がある。

また、転属中堅看護師は、求められる看護実践を展開しつつ、日々学んでいる。そのための支援を獲得するために、(3)《新たな人間関係の構築》、(4)《他者への質問行動と目的達成の未完》、(5)

《他者に支援を求めることによるジレンマ》が問題となる。特に、ICU 看護師としての責務を遂行するためには、共に働く人々と良好な人間関係を構築し協働することが重要になる。そのため、転属中堅看護師は、人間関係が構築されているそのなかに新しく入っていかなくてはならない。このことは、非常に大きなストレスを伴うことが容易に推測される。

また、(4)《他者への質問行動と目的達成の未完》や(5)《他者に支援を求めることによるジレンマ》といったカテゴリからは、転属中堅看護師にとって、支援の要請がいかにかに心理的コストを伴った行動であるのかがわかる。特に、新たな職場で人間関係を構築している最中にあるため、なおさらであると考えられる。長山らは、ICU に配置転換した看護師が、看護師としての経験を有していることによる重圧の中で思うように行動できない自分に焦り、不安を感じていること、また、質問することに抵抗を感じていることを報告している（長山・白尾・野澤，2011）。本研究の転属中堅看護師も、転属以前は、その病棟において中堅看護師として、自律的に活動し、多くの場面で「教え手」、「支援者」であったはずである。それが配置転換を契機に、他者の支援無しには自律的に看護を実践することができず、多くの場面において「学び手」、「被支援者」になることは、転属中堅看護師にとってアイデンティティを揺るがす葛藤経験であることが十分に推測できる。

2) 【経験者であることでの学習機会の制限と困惑】

(6)《満足のない勉強会》では、「勉強会は担当者の教育能力に左右される」、「教科書を抜粋するだけの勉強会」といった記述が示すとおり、講習会が開催されたとしても、その内容は担当者の教育技能によって大きく左右されることや、期待している内容では無いことから、学習機会の提供としての講習会に十分満足の出来ていないことを表している。また、転属中堅看護師は、看護経験を有しており、そのため実践に則した知識の

獲得を志向していることがわかる。

(7)《サポート体制の縮小に伴う困難》からは、そうした重圧や焦りの中で、早くに主体的に看護実践を行うための能力を身につけていこうとするなかで、看護経験を有するが故に本人が望むよりも早い段階で公的なサポートが縮小し、それに戸惑いを感じ、業務遂行や学習することに対して困難を感じていることがわかる。つまり、転属中堅看護師は、他病棟での看護経験を有しているが故に、新卒看護師に比べて、学習やその支援の機会が制限されることや、早期に縮小されることとその現実に困惑していることがわかる。

4. 領域2の特徴を踏まえた支援について

前述のとおり、心臓外科急性期看護を実践するICUへ転属となった中堅看護師は、看護実践能力を形成する過程において、看護師としての経験を有するが故の特徴に伴う問題を体験していた。

それは、自己の看護観やアイデンティティに関わるものであることが考えられた。この特徴を踏まえた支援について考えた場合、転属中堅看護師が、自己について「看護師として今の自分は、必ずしも望ましいものではないけれど、それに近づくことの出来る可能性を持っている」とアイデンティティの変容を肯定的に感じられるような関わりが必要であると考えられる。転属中堅看護師が、看護の経験者であることを踏まえると、「互恵的な関係作り」がその一助となると思われる。つまり、異なる自分の得意分野や専門分野を分かち持つことができるような活動を準備、実施することが必要である。例えば、重田らは、転属した看護師にとって転属前の病棟での経験から獲得した専門的能力を新たな職場の他者に求められる経験が、自信を取り戻し、本来の能力の発揮につながることを報告している(重田・菊田・山口・奥野, 2007)。

また、【経験者であることでの学習機会の制限と困惑】に対しては、講習会等で教示される知識を、看護実践にどのように活かすのか、実践を志向した内容で講習会を構成する必要がある。そう

した点から考えると、豊富な経験と状況に埋め込まれた実践を言語化する能力を有することが、中堅看護師に対する講習会の講義者には求められると考える。

V. 結論

本研究から、心臓外科急性期看護を実践するICUへ転属となった中堅看護師の臨床経験から看護実践能力形成過程における問題として、以下の結果が得られた。

1. 心臓外科急性期看護を実践するICU看護師ならではの問題

《解剖生理と術式の理解に基づく看護の遂行》、《心臓外科特有の術後循環管理とその対応》、《不整脈の理解と判別にに基づく対応》、《複数の薬剤・輸液管理の理解とそれに基づく看護の遂行》、《PAカテーテルの理解とその対応》、《複数のパラメータの理解と分析に基づく対応》、《術前検査データの把握・活用》、《患者の変化の把握・推測に向けた細かな観察行動》、《緊張度の高い看護実践現場での実践と学習》、《自己学習や講習会で知り得た知識を実践状況へ適用することの難渋》

2. 中堅看護師ならではの問題

《患者管理と看護ケアの重点の違いの納得と理解》、《医師・リーダー看護師への状況報告の遂行》、《他者への質問行動と達成》、《新たな人間関係の構築》、《他者に支援を求めることによるジレンマ》、《満足のいかない勉強会》、《サポート体制の縮小に伴う職務遂行困難》

以上のことから、心臓外科急性期看護を実践するICUへ転属となった中堅看護師は、質の違う2側面の問題に直面しながら必要な看護実践能力を形成していることがわかった。

VI. 研究協力者

奥野信行・国立循環器病研究センター・臨床教員
増田貴生・国立循環器病研究センター・看護師
川口桂子・国立循環器病研究センター・看護師長
福島佳織・国立循環器病研究センター・看護師長

平井亮・東宝塚さとう病院・看護師
足立拓也・兵庫医科大学附属病院・看護師
岡本益光・岡山大学医学部附属病院・看護師

謝辞

本研究に御協力頂きました各病院の看護管理者様、看護師の皆様に厚く御礼申し上げます。

VII. 参考・引用文献

- 1) 藤田知幸：ICUに配置転換された看護師の抱く感情と対人サポート. 日本クリティカルケア看護学会誌 2009；5：118
- 2) 池田有香理, 野澤明子：集中治療室に配置転換した看護師が直面する困難. 日本看護研究学会雑誌 2007；30：277
- 3) 松尾睦：経験からの学習. 東京：同文館出版；2006
- 4) Eysenck／野島久雄訳：認知心理学辞典. 東京：新曜社；2001.p.440
- 5) 當房紀子：集中治療室に配置転換になった看護師の職場への適応過程. 神奈川県立看護教育大学校 看護教育研究集録 2000；25：287-294
- 6) 畑中保子, 山形聡子：集中治療室に配置転換した看護師のストレスの要因調査. 日本看護学会集録（看護管理）2004；35：6-8
- 7) 関子早地子, 小林由紀折, 川田和美他：集中治療室への勤務異動がもたらす心理的变化—異動前後を通して—. 高松市民病院雑誌 2005；29：59-62.
- 8) Eraut.M：Developing Professional Knowledge and Competence. London：The Falmer Press；1994
- 9) Eraut.M, Alderton.J, Boylan.A：Learning to use scientific knowledge in education and practice settings: An evaluation of the contribution of the biological, behavioural and social sciences to pre-registration nursing and midwifery

- programs Research Report Number 3: English National Board for Nursing, Midwifery and Health Visiting. 1995
- 10) Wong.J：The inability to transfer classroom learning to clinical nursing practice A learning problem and its remedial plan. Journal of Advanced Nursing 1979；4:p.161-168
 - 11) Eraut.M：Transfer of knowledge between education and the workplace. In H. P. A. Boshuizen (Ed.), Expertise development: The transition between school and work. Heerlen：Open Universiteit Nederland；2003.p.53-73.
http://www.ou.nl/documents/Promoties-en-oraties/Oraties/Oraties2003/Oratie_Boshuizen_deel1.pdf#search.2012.1.30.
 - 12) 南裕子：国際的動向および教育経験からみた看護学教育への私見. 文部科学省 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会 資料 2009
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/40/siryo/_icsFiles/afieldfile/2010/03/29/1269123_1_1.pdf,
 - 13) Benner.p：達人の技を言葉にすることの意味. Nursing Today 2000；17：8-12
 - 14) Benner. P, Sutphen. M, Leonard. V (2010)/ 早野 ZITO 真佐訳：ベナー ナースを育てる. 東京：医学書院；2011.p.79
 - 15) Roggof.B：Observing sociocultural activity on three planes: participatory appropriation, guided participation, and apprenticeship A.: Sociocultural studies of mind：Cambridge；Cambridge University Press；1995. p.139-164
 - 16) Roggof.B(2003)／當眞千賀子訳：文化的営みとしての発達—個人、世代、コミュニティー. 東京. 新曜社；2006
 - 17) 佐伯胖：学習の「転移」から学ぶ—転移の心

- 理学から心理学の転移へ 心理学と教育実践
の間で. 東京：東京大学出版会；2003.
p.157-203
- 18) Schön.D／柳沢昌一, 三輪建二監訳：省察的
実践とは何かプロフェッショナルの行為と思
考. 東京：鳳書房；2007
- 19) Schön.D : The Educating the Reflective
Practitioner. San Francisco :
CA:Jossey-Bass ; 1987
- 20) Weidenbach.E／外口玉子, 池田明子訳：臨
床看護の本質－患者援助の技術－. 東京：現
代社；1964
- 21) 野嶋佐由美. 看護と看護モデル. 山崎智子監
修, 野嶋佐由美編集, 明解看護学双書 1 基礎
看護学 I. 京都市；2004.p.6-10
- 22) 長山有香理, 白尾久美子, 野澤明子：集中治
療室へ配置転換した看護師が直面する困難.
日本看護研究学会雑誌 2011；34：149-159
- 23) 重田かおり, 菊田香朱子, 山口隆美他：配置
転換を経験した看護師が臨床実践能力を発
揮するまでのプロセス. 日本看護学会論文集
(看護管理) 2007；37：344-346
- 24) Benner.P, Hooper-Kyriakidis.P, Stannard.D
／井上智子監訳：Clinical Wisdom and
Interventions in Critical Care A
Thinking-in-Action Approach ベナー看護ケ
アの臨床知 行動しつつ考えること. 東京：医
学書院；2005
- 25) Eraut.M : Transfer of Knowledge between
Education and Workplace. Routledge; 2004.
p.201-221

心不全看護外来が慢性心不全患者に及ぼす効果

国立循環器病研究センター・副看護師長
野崎悦代

I. 緒言

心不全の悪化や不整脈による突然死を予防するための塩分制限・水分制限などの療養行動の実施は容易なことではなく、心不全が悪化し、入退院を繰り返す患者は多い。実際、臨床看護で看護師が遭遇する心不全患者は、心不全が悪化した際、早期に適切な対処がされていれば重症化を防止できたと思われる患者が多い。実際、海外では再入院率をアウトカムとした心不全患者の療養行動の実施状況を明らかにする調査が進められ、患者が療養行動を実施していくことの難しさやその原因が追求されてきている。

また諸外国では、慢性心不全患者の死亡率や再入院率を低下させるための看護師を含めた医療専門職によるチームアプローチが積極的に行われている。しかし、訪問看護・電話相談などの介入が療養生活の中でどのように奏功しているのかを調査した研究は少ない。

本研究は、心不全看護外来で看護相談を受けた慢性心不全患者を対象とし、退院後の経過を分析する上で、①入院中の心不全教育が退院後、どのように実施できているか、②患者の療養行動の継続を困難にさせるものは何か、③看護相談は、患者の療養行動にどのような影響をもたらしたかを明らかにすることができる。これにより効果的な患者アセスメント、ならびに看護介入の視点を提示することが可能である。さらに慢性心不全患者の療養行動の遂行を支援する看護介入をより具体的に示すことに貢献できると考える。

II. 対象・方法

対象は A 病院心臓血管内科に通院、もしくは入院している「ICD10 循環器系の疾患」に分類された虚血性・非虚血性心疾患を基礎疾患に持ち、過去 10 年間において心不全と診断された患者とした。対象者の選択基準は 20～89 歳の男女で心不全と診断されて半年以上経過した者とし、2010 年 9 月～2011 年 9 月までに心不全看護外来で看護相談を受けた患者 7 名とした。

心不全看護外来で看護相談を受ける患者は、1. 初回心不全入院患者、2. 心不全増悪による再入院を繰り返す患者、3. 療養行動に自信が持てない患者、4. 外来受診時、療養行動に不安や質問のある患者を対象としている。心不全看護外来で行う看護相談の内容は、(a) 入院時に指導された療養法に関する指導内容の確認、(b) 指導されていることが日常生活で実施できているか、(c) 療養行動で困っていることの有無、(d) 具体的な療養行動の状況と家族の協力体制について、(e) 次回外来までの目標設定、である。これらの内容について、患者・家族と面談し、診療録に記録している。本研究では、これら(a)～(e)の記述内容、および BNP・体重を使用する。

III. 結果

7 名の対象者の発症平均年齢は 51.7 ± 13.8 歳、性別は男性 5 名であった。平均罹病期間は 6 年、心不全による平均入院回数は 2.1 ± 1.2 回であった。心機能評価項目である過去最高平均 BNP は 322.7 ± 280.5 pg/ml、調査時の NYHA 心機能分類

は全対象者が NYHAⅢを経験していた。5名が無職であり、1名が一人暮らしであった。

1. 実施している療養行動

対象者が心不全を悪化させないために実施している療養行動は、【塩分を制限する】【カロリーを制限する】【水分を制限する】【感染から身を守る】【心臓に負荷のかかる動作・活動は避ける】【心不全の有無をモニタリングする】【モニタリング結果に基づき早期に対処する】であった。このうち、すべての対象者が実施している項目は【塩分を制限する】【水分を制限する】【心不全の有無をモニタリングする】であった。これら3項目の療養行動の獲得には病気の重大性の認識、入院中に受けた医師や看護師の説明や、入退院を繰り返した経験、自ら得た療養法についての情報源が背景にあった。特に食事療法は、これまでの食生活を対象者自ら振り返り、心不全を悪化させる要因について述べることができていた。

2. 療養法を遵守することへの困難

全員の対象者が病気の重大性を認識しているものの、療養法を守ることへの困難に直面していた。4名の対象者は【心不全を受け入れることへの難しさを実感する】【療養法が守れているか自信がない】【1人では療養法を実施することが難しい】と述べており、療養法を生活の一部として習慣化するには時間を要していることが明らかとなった。

3. 心不全看護相談が対象者にもたらす効果

対象者は心不全看護相談を受ける中で失敗を繰り返しながらも全員が【療養法を実施するための要領をつかむ】ことを経験していた。また、1名の対象者は面談時に療養法を実施することで生きている実感を得ることや、治療の有効性を実感しており【療養法を継続して実施することへの自信】を実感していた。今回の調査期間中に心不全の増悪で再入院となった対象者はいなかった。

IV. 考 察

慢性心不全患者が、心不全を悪化させないため

には、薬物療法を遵守すること、食事療法(塩分制限・水分制限・カロリー制限)を行うことが必須である。本研究で明らかとなった療養行動は海外における先行研究と一致した内容であることを示した。対象者全員が療養法の重要性を理解し、自分なりに努力をして心臓の状態を維持する一方、その困難に直面していることから医療者による療養行動に関する評価や保証、より個別性をふまえた助言など、専門家として情報提供をしていく必要性が示唆された。

対象者は療養行動を実施しながら1~2ヶ月ごとに1度は外来に受診している。心不全看護外来は、外来受診前後で面談を実施している。本研究では6名の対象者が家族と同居しており、面談はすべて家族とともにいった。周囲のサポートは先の見えない療養生活をおくる対象者にとって不可欠なものである。慢性疾患患者の療養生活において長期的に病気と付き合っていくためには周囲のサポートを受け、患者もそのサポートをうまく活用することが必須である。心不全看護外来では、退院前から患者がサポートを受けられる状況にあるか、療養行動を継続して実施できるかを確認している。そして、退院後の面談時にはサポートが十分であるか、うまくサポートを活用できているかを確認する場である。療養法の実施は、対象者1人ではなく、専門家および家族などの周囲のサポートがあるからこそできるものであり、継続にもつながると考える。一方、1人暮らしをしている対象者は1名であった。この対象者の面談時には、必ず体重・血圧・脈拍・心不全サインの有無などのモニタリング状況と3食の食事内容を記載した自己管理ノートを元に1か月の療養行動について一緒に振り返り、問題点の有無を明確にしていた。1人暮らしの慢性心不全患者の再入院率は家族と同居している患者よりも高い結果が報告されており、今後も積極的なサポートの必要性が示唆された。

V. 結論

本研究結果より心不全看護外来は、患者の療養行動について正確に把握するとともに患者が療養法を守ることができず悩む時には、何が患者を悩ませているのかそれを患者・家族とともに振り返る。そして問題解決への糸口を患者・家族とともに模索し、今の療養行動に少しでも自信を持てるよう支えていくことが今後も望まれる。

VI. 研究協力者

野田かおり・国立循環器病研究センター・看護師
目良佳恵・国立循環器病研究センター・看護師長
中原珠美・国立循環器病研究センター・看護師長
北風政史・国立循環器病研究センター・臨床研究
開発部長

VII. 参考文献

- 1) Atienza F, Anguita M, Martinez-Alzamora N, et al.: PRICE Study Group. Multicenter randomized trial of a comprehensive hospital discharge and outpatient heart failure management program. *Eur J Heart Fail* 2004; 6: 643-652
- 2) Blue L, Lang E, McMurray JJ, et al.: Randomised controlled trial of specialist nurse intervention in heart failure. *BMJ* 2001; 323: 715-718
- 3) Doughty RN, Wright SP, Pearl A, et al.: Randomized, controlled trial of integrated heart failure management: The Auckland Heart Failure Management Study. *Eur Heart J* 2002; 23: 139-146
- 4) GESICA Investigators: Randomised trial of telephone intervention in chronic heart failure: DIAL trial. *BMJ* 2005; 31: 425
- 5) Jaarsma T, Van Der Wal MH, Hogenhuis J, et al.: Design and methodology of the COACH study: a multicenter randomised Coordinating study evaluating Outcomes of Advising and Counselling in Heart failure. *Eur J Heart Fail* 2004; 6: 227-233
- 6) Jaarsma T, van der Wal MH, Lesman-Leegte I, et al.: Effect of moderate or intensive disease management program on outcome in patients with heart failure: Coordinating Study Evaluating Outcomes of Advising and Counseling in Heart Failure (COACH). *Arch Intern Med* 2008; 168: 316-324
- 7) Kutzleb J, Reiner D: The impact of nurse-directed patient education on quality of life and functional capacity in people with heart failure. *J Am Acad Nurse Pract* 2006; 18: 116-123
- 8) Riegel B, Carlson B, Kopp Z, et al.: Effect of a standardized nurse case-management telephone intervention on resource use in patients with chronic heart failure. *Arch Intern Med* 2002; 162: 705-712
- 9) Stewart S, Marley JE, Horowitz JD: Effects of a multidisciplinary, home-based intervention on unplanned readmissions and survival among patients with chronic congestive heart failure: a randomised controlled study. *Lancet* 1999; 354: 1077-1083
- 10) Stewart S, Horowitz JD: Home-based intervention in congestive heart failure: long-term implications on readmission and survival. *Circulation* 2002; 105: 2861-2866
- 11) Riegel B, Carlson B, Moser DK, et al.: Psychometric testing of the self-care of heart failure index. *J Card Fail* 2004; 10: 350-360
- 12) Wu JR, Moser DK, Rayens MK, et al.: Defining an evidence-based cutpoint for medication adherence in heart failure. *Am Heart J* 2009; 157: 285-291
- 13) Friedman MM: Older adults' symptoms

and their duration before hospitalization for heart failure. *Heart Lung* 1997; 26: 169-176

循環器病救急初療室での NPPV 治療導入前後の 心原性肺水腫患者の身体的・精神的苦痛

国立循環器病研究センター・看護師
藤 卷 弘 史

I. 緒 言

非侵襲的陽圧換気療法 (Non Invasive Positive Pressure Ventilation:以下 NPPV) は、マスクを装着するといった簡単な操作で速やかに人工呼吸が行え、気管挿管を回避し、VAP (人工呼吸器関連肺炎) など気管挿管に伴う合併症を減少させ、予後を改善させることができる。会話や飲水も可能であり、鎮静も不要であることから患者の ADL を保つことができる。近年では心原性肺水腫患者での使用にも有効性が示されている。

当院では、救急車で搬送された、心原性肺水腫患者の NPPV 導入が増加傾向にあり、初療室看護師は効果的な NPPV 治療を継続させるために、呼吸状態や循環動態の観察を行いながら、患者の訴えを聞いて対処したり、マスクの違和感の有無や固定バンドの調節・加湿器・体位の調整を行ったりすることで、患者の精神状態の安定化や不快感を軽減させるようなケアをしている。

NPPV 装着を効果的に行うには患者の理解・協力を得ることが不可欠である。患者の身体・精神状況を把握し、不快感や不安を解決していくことが、患者の理解・協力を得ることにつながり、初療室での NPPV 治療に影響を与えると考える。しかし、初療室で NPPV 適応となった患者の身体的・精神的苦痛の調査についての先行研究は少なく、それらは慢性期での NPPV 使用における研究結果にとどまっている。

そこで私たちは、初療室から NPPV を導入した心原性肺水腫患者の NPPV 装着前後の身体・精神的苦痛を明らかにし、今後の初療室での NPPV 治

療患者へのケアに活かしていきたいと考えた。

II. 対 象

デザイン：質的研究

研究方法：半構成的質問用紙と個人特性についての情報収集用紙を用いての面接調査を行った。個室にて、約 20 分程度研究者が面接調査を行い録音機器を用いて会話を録音した。

データ分析方法：内容分析の手法を用いて分析を行った。面接調査で得られた内容を逐語録におこし、調査内容を表現している記述を抽出し、コード化した。類似したコードをまとめてサブカテゴリとして分類しさらに類似するサブカテゴリをまとめてカテゴリ化し名称をつけた。

対象：2011 年 4 月から 2012 年 3 月の期間、心原性肺水腫で緊急受診し初療室で、NPPV を導入して、症状が改善し NPPV を途中で中断しなかった入院中の患者を対象とした。

研究の限界：容態が回復してからの聞き取り調査の為、NPPV 装着時の記憶があいまいで覚えていない可能性がある。

倫理的配慮：「研究へのご協力お願い」の同意書を用いて、研究意義・目的方法について、口答と文章で説明した。研究参加は自由意志であり、治療やケアに影響を与えない事を同意書への署名をもって研究参加の同意とした。収集したデータは本研究のみに使用し、匿名性を保持するために個人が特定されないように、配慮してデータを厳重に管理した。データの保存には認証つきフラッシュメモリーを使用しして厳重に保管した。面接

調査を行うのは、血行動態の安定した患者で、主治医からの許可が得た患者のみとした。面接中のデータ収集中は、対象者の精神面を十分に観察し、対象者が負担に感じた場合には面接の中断や途中退室が可能であることを、事前に説明を行った。本研究は、平成23年3月30日に国立循環器病研究センターの看護倫理委員会の承認を得た。

Ⅲ. 結果

救急車で運ばれ救急初療室でNPPVを装着した患者は47名だった。その中で、NPPVを中断し挿管に至った例、認知症やせん妄の為にインタビューが不可能な患者、研究に同意を得られなかった患者を除くと今回の研究対象者は男性8名で、平均年齢は77歳だった。カテゴリーは【】サブカテゴリーは〈〉で表す。

NPPV装着前の身体的苦痛内容を表現された部分は48コードで、類似したコードを4サブカテゴリーに分類し、さらに類似したサブカテゴリーをまとめた結果1つのカテゴリーに分類した。【呼吸困難感】のカテゴリーには、サブカテゴリー〈息苦しさ〉〈酸素データが悪いと感じる〉〈酸素をつけても持続する息苦しさ〉〈溺れている状態〉であった。

NPPV装着前の精神的苦痛内容を表現された部分は29コードで、類似したコードを6サブカテゴリーに分類し、さらに類似したサブカテゴリーをまとめた結果4つのカテゴリーに分類した。【息苦しさしか記憶にない】のサブカテゴリーは〈行き苦しさしか覚えていない〉、【死に対する不安】のサブカテゴリーは〈死ぬかもしれないという恐怖心〉、【失望感】のサブカテゴリーは〈自分の年齢やこれまでの治療経過を振り返る〉〈助からないという気持ち〉【病院への期待と到着までの焦燥感】サブカテゴリーは〈息苦しさをとりのぞいてくれという期待〉〈病院に着くまでのもどかし〉だった。

NPPV装着後の身体的苦痛内容を表現された部分は32コードで、類似したコードを6サブカテ

グリーに分類し、さらに類似したサブカテゴリーをまとめた結果3つのカテゴリーに分類した。【マスクからのリークに伴う不快感】のサブカテゴリーは〈酸素が漏れることで、アラームが鳴ることが不快に感じる〉、【持続する呼吸困難】のサブカテゴリーは〈症状が改善されない〉〈マスクを装着しても、呼吸困難がとれない〉だった。【NPPV装着に伴う制限】のサブカテゴリーは〈マスクによる身体的抑制〉〈酸素マスクのほうが不便さがない〉〈会話ができない〉であった。

NPPV装着後の精神的苦痛内容を表現された部分は16コードで、類似したコードを5サブカテゴリーに分類し、さらに類似したサブカテゴリーをまとめた結果4つのカテゴリーに分類した。【気持ちに余裕がない】のサブカテゴリーは〈話を聞く余裕がない〉【自分の今後の状態を知りたい】のサブカテゴリーは〈安心させて欲しい〉【治療への期待と不安】のサブカテゴリーは〈早くどうにかして欲しいという気持ち〉〈今後に対する不安〉【自分の気持ちを伝えたい】のサブカテゴリーは〈自分の意思が伝えられない〉であった。

Ⅳ. 考察

1. NPPV装着前の身体的苦痛、精神的苦痛

NPPV装着前の患者にとっての身体的苦痛は【呼吸困難感】であった。

急性心原性肺水腫の状態では、心臓のポンプ機能の低下により、肺静脈がうっ血をきたし、次第に、間質や肺胞内へと水分が漏出することで、肺コンプライアンスの低下、気道抵抗の増加を引き起こし呼吸不全を呈する。患者はうっ血性心不全の初発症状として、呼吸困難を自覚する¹⁾。

このような状態は、サブカテゴリーの〈息苦しさ〉〈酸素をつけても持続する息苦しさ〉〈溺れている状態〉として表され、他の苦痛には分類できないほど、【呼吸困難感】が最も多く表現された。呼吸困難が強く、死に対する不安の気持ちと同時に呼吸困難が改善されないことによる【失望感】が患者には精神的苦痛として出現し、【息苦

し、しかし記憶にない】【死に対する不安】に表現されている。

これら NPPV 装着前の患者の苦痛を分析すると、呼吸不全・心不全に伴う呼吸困難などの身体的症状と、それらの症状が強いことで発生する心理的な苦痛から、交感神経が優位になり生じる過換気や、動悸がさらなる呼吸困難感を増長するといった、身体的・精神的な要素が複雑に絡み合って悪循環を生じていると考えられた。このように、急性肺水腫の状態にある患者にとっては、心不全に関連した動悸や胸苦しさといった自覚症状が身体的苦痛として抽出されても良いのではないかと考えた。しかし、ここでは、身体的苦痛として、【呼吸困難感】の一つの 카테고리 しか抽出されていない。他の症状に比して【呼吸困難感】が強く出現していた為、印象に残っていなかった事も考慮し、急性期に関わりを持った家族や医療関係者にも面接調査を行うことで、より多くのコードが導き出せた可能性も考えられる。患者は、【息苦しさしか記憶にない】程に、【呼吸困難感】が最も多く表現されていることで【死に対する不安】や【失望感】に結びついていると推察する。これらのことから、【病院への期待と到着までの焦燥感】にも表されているように、患者の身体的苦痛である呼吸困難感を速やかに改善させることで、同時に患者の精神的苦痛を取り除くことができるかと考える。

2. NPPV 装着後の身体的苦痛、精神的苦痛

NPPV 装着後は、【呼吸困難感】は改善されるものと考えていたが、【持続する呼吸困難】というカテゴリにあらわされるように患者の自覚症状は完全には改善されなかったということが分かった。私たち医療者はマスク装着面の痛みや圧迫感などといったマスク装着面の不快感に関連した身体的苦痛が最も強いと考えていた。しかし、NPPV の最大の特徴である、患者の覚醒下で使用するというメリットが、意識下にある患者にとっては、逆に、【NPPV 装着に伴う制限】で表されるように、身体的拘束感を身体的苦痛と感

がわかった。呼吸困難感 NPPV の効果により次第に改善していくことはあっても、【マスクからのリークに伴う不快感】や【NPPV 装着に伴う制限】などの身体的苦痛は NPPV を装着している間は続くものであるため、なるべくこれらの要因を排除し、少しでも NPPV を快適だと感じられるようにケアしていくことが大切であるとわかった。

精神的苦痛については、NPPV 装着後は、呼吸困難が改善されたこともあり、【自分の今後の状態を知りたい】【治療への期待と不安】といった今後への不安が表れていた。また、【自分の気持ちを伝えたい】の カテゴリ に表されるように、マスク装着により自分の気持ちをうまく伝えられなかったことや、気持ちに余裕がないことで医療者の声をうまく聞き取ることができなかったことが苦痛として表れている。私たち医療者は、NPPV は着脱が可能であり、声を出せるためコミュニケーションは容易に行えることができると考えていた。しかし、患者は、NPPV を装着することで＜自分の意思が伝えられない＞と感じていた。なぜそのように感じたのかについては、サブカテゴリの＜話を聞く余裕がない＞＜自分の意思が伝えられない＞という表現にとどまっておき、医療者の説明に要因があるのか、他の要因があるのかについては言及できなかった。マスクを外して会話ができることに対する説明が不十分であったのか、患者がマスクを外してしまうことに抵抗を感じていたのか、治療自体に不安を持っていたのかについて、要因を探るような調査を行うとより深く精神的苦痛の理解につながったのではないかと考える。

NPPV による治療では、患者は原則意識清明であり、慣れない機械や原疾患に対する不安などにより精神的ストレスを被っている。それらのストレスを解消するためには、看護師による精神的ケアが必要不可欠である²⁾。今回抽出された、【治療への期待と不安】や【自分の気持ちを伝えたい】などのカテゴリにも表されているように、患者の精神的苦痛を敏感に察知し、患者の理解できる

ような言葉で説明し、安心できる環境を提供することが看護ケアとして重要であることが示唆された。

3. NPPV 装着前後の苦痛の比較と看護ケア

NPPV 装着前の苦痛に関しては、身体的苦痛も精神的苦痛も、すべて【呼吸困難感】に起因したものであったのに対し、NPPV 装着後では、NPPV のマスクを装着する事での身体的な制限や治療への想いなどから発生する身体的・精神的苦痛が表されていた。私たち医療者側からみると、NPPV を装着したことで呼吸困難感や付随する苦痛から解放され、身体的にも精神的にも苦痛は緩和されるものと考えていた。しかし、治療を進め、NPPV を装着することで、NPPV 装着に伴う苦痛が生まれていることが分かった。

これら、急性期における患者の身体的苦痛と精神的苦痛を、NPPV を受けている慢性呼吸不全患者の場合と比較してみると、NPPV 装着前に関しては、同様に【呼吸困難感】が語られているが、慢性期においては、一生着けていかなければならないという衝撃や機械に頼っているという自尊心の低下、また、生活環境の維持に対する不安が加わっている³⁾。一方、急性期にある患者においては、【死に対する不安】や【病院への期待と到着までの焦燥感】が表されており、NPPV 装着への拒否感や精神的衝撃については表されていなかった。これは、同様に【呼吸困難感】を感じていても、NPPV とともに生活していく慢性期の患者とは異なり、急激に発症し、【死に対する不安】を感じている急性期患者にとっては、NPPV は【呼吸困難感】や【死に対する不安】を取り除く可能性のある治療法であり、導入に際して、衝撃や拒否感を感じている余裕がない状態であることや治療への期待などがうかがえる。

また、NPPV 装着後に関しては、慢性期では、NPPV とのファイティングによる身体的苦痛や夜間の不眠について多く語られているが⁴⁾、急性期については、【NPPV 装着に伴う制限】【マスクからのリークに伴う不快感】が語られている。【持

続する呼吸困難】はあっても、NPPV とのファイティングによる呼吸困難は語られていない。これは、慢性期の患者に比べて、呼吸状態が改善するにつれてウィーニングされ、短期間での離脱が可能であることによるものと考えられる。急性期にある患者にとって、NPPV 装着の期間は短くとも、急激な発症による【死に対する不安】や【NPPV 装着に伴う制限】などの様々な苦痛が出現しており、NPPV を成功させるための患者の協力を得るためには、これらの苦痛をいかに取り除けるかにかかっている。

NPPV 装着に際し、看護師の経験値の影響からか、同じようにケアや説明を行っても、患者の同意を得られない時や、受け入れがうまくいかないといった問題点もある。今回の研究の事前調査として、当院初療室に勤務する看護師に実施した NPPV 装着患者へのケアに関するアンケートの結果では、患者が NPPV のメリットを理解でき、看護師と目標を共有し、治療の経過を理解できることが NPPV の成功の要因になるといった意見があった。しかし、患者の苦痛に感じることや身体症状は様々であり、それらを軽減できるように患者の苦痛に合わせた説明やケアを行っていくことが難しく感じるといった意見が聞かれた。

Liesching らは、NPPV の実装を成功させるには、快適なインターフェースを使用し、人工呼吸器の最適な設定、適切なモニタリング、および、熟練した医療チームの細やかな注意が最も必要であると述べている³⁾救急初療室において、細やかな観察のもと、患者の苦痛を総体的に理解し、NPPV 装着をより快適に継続させる看護師の視点は、医療チームのなかでの大きな役割の一角を担っているといえる。

V. 結論

今回の研究により、患者自らが語った身体的・精神的な苦痛を明らかにしたことで、救急初療室で NPPV を装着する患者の総体的理解を促し、より、患者個々のニーズに沿った看護ケアを模索す

る一助になったと考える。

VI. 研究協力者

尾上 純子 国立循環器病研究センター 看護師

澤井 和美 国立循環器病研究センター 看護師

VII. 参考・引用文献

- 1) 大井元春, 鈴川正之 : NPPV ケアマニュアル非侵襲的陽圧換気療法の実際. 東京 : 南江堂 ; 2005. p.194
- 2) 赤田信二 : ここまできた急性期 NPPV の実践. 急性期 NPPV の動向. 看護技術 2007 ; 11 : 13
- 3) 竹川幸恵, 土居洋子 : 非侵襲的陽圧換気療法と共に生きる慢性呼吸不全患者の内的体験. 日本呼吸管理学会誌 2004 ; 14 : 310-315
- 4) 亀田静江, 和田直美, 村田千晶, ほか : 第 34 回日本看護学会論文集. 東京 : 日本看護協会出版会 ; 2003. p.144-146
- 5) Liesching T, Kwok H, Hill NS : Acute applications of noninvasive positive pressure ventilation. Chest 2003 ; 124 : 699-713

先天性心疾患を有する乳児をもつ両親の 心肺蘇生法集団指導前後での意識変化

国立循環器病研究センター乳幼児病棟・看護師
益 留 慎 伍

I. 緒 言

成人の心肺停止が心筋梗塞の発作などの心原性であるのに対し、子どもは呼吸不全またはショックによって引き起こされる呼吸原性であるのが特徴であることはよく知られている。先天性心疾患を有する子どもはこれらに、不整脈など心原性での心肺停止の可能性も有している。

子どもにとって家庭生活は愛着形成や心身の発達に重要であるが、先天性心疾患患者の家族にとって退院は喜びであると同時に家庭内での急変の可能性という新たな不安を抱えることになる。A病院の乳幼児期の先天性心疾患患者が入院するB病棟では、退院時の不安軽減と院外急変への対応として初回入院の家族に一次救命処置（以下 BLS とする）教育を行っている。

近年では自動車免許取得者への講習や、一般市民を対象とした体験型の BLS の普及・啓発活動が行われており、公共施設や大型商業施設への AED の設置など BLS への関心度は高くなっている。BLS 教育に関する研究は行われているが、ほとんどは看護教育機関や医療機関での学生や職員を対象にした研究であり、心疾患を有する患者や家族に対する BLS 教育についての研究は少数である¹⁻⁶⁾。先天性心疾患患者の家族に対する BLS 教育に関する研究報告²⁾も存在したが、その研究報告は BLS 教育を行っている施設での指導の効果を評価するための研究であった。したがって本研究では、先天性心疾患を有する乳児を持つ両親の BLS 集団指導前後での意識の変化を調査し、指導を受ける両親の BLS 集団指導前後での意識の実態を明らかにしたので報告する。

II. 対象・方法

1. 期間：2011年6月～12月
2. 対象：A病院のB病棟に入院する先天性心疾患を有する乳児の両親で上記期間に退院指導とし

て BLS 集団指導を受けるもの。

3. 方法：

1) 配票法による自記式質問紙調査

無記名式自己記述式の質問紙を作成し、BLS 集団指導の前日または当日に研究対象者に配布。B病棟に2箇所設置した回収箱で回収する。

2) 調査内容

回答者の属性（続柄、年齢、同胞数、BLS 講習受講歴、BLS 現場の遭遇経験の有無）、BLS 実施意思の有無、退院後の不安（成長発達、症状悪化、不整脈、感染症、急変時の対応）、BLS 技術の習得度に関する自己評価について質問項目とした。

3) 分析方法

Microsoft Excel 2010 を使用し統計学的分析を行った。

4. 用語の操作的定義：

「BLS」：一次救命処置

「意識」：本研究では BLS 技術習得度の自己評価、BLS 実施意志の有無、退院後の不安を指すものとする。

5. 倫理的配慮：

BLS 集団指導の前日または当日に研究の趣旨・目的を説明し、回答は自由意志によるものであること、回答の有無に関わらずお子様の診療上で不利益は被らないこと、結果は統計処理され回答者が特定されることはないこと、結果は公表されることなどについて研究趣意書を用いて説明した。B病棟に2箇所回収箱を設置し、対象者間で研究参加の有無が分からないようにし、質問紙の回収をもって対象者の同意は得られたものとした。

III. 結 果

30名に質問紙を配布し、28名から回答があり

(回収率 93%)、有効回答数は 28 名 (100%) であった。

1. 回答者の属性

1) 性別

父親 4 名、母親 24 名であった。

2) 年齢

全体平均 31.5±4.5 歳 (mean±SD)

父親 28.2±6.1 歳 (mean±SD)

母親 32.1±4.1 歳 (mean±SD)

3) 実子数

子どもの数は 1.3±0.6 名 (mean±SD) であり、入院中の子どもに同胞がいるものは 9 名であった。

4) BLS 講習参加の有無

BLS に関する講習への参加の有無と回数を質問した。参加の経験がないものが 10 名 (35.7%)、参加経験のある者が 18 名 (64.3%) であった。

参加場所は複数回答で、自動車教習所が 15 名 (83.3%)、教育機関が 4 名 (22.2%)、医療機関が 4 名 (22.2%)、その他が 3 名 (16.6%) であった。その他と回答した者は職場での参加であった。地域での講習に自主的に参加した経験のある者はいなかった。

参加経験のある者の参加回数の平均は 1.8±1.7 回 (mean±SD) であった。回答者全体では平均 1.2±1.6 回 (mean±SD) であった。

2. 退院後の不安

退院後の生活で成長発達、症状悪化、不整脈、感染症、急変時の対応について不安に思うかどうかを「とても思う」場合を 5、「全く思わない」場合を 1 として 5 段階のリッカート尺度で質問した。

「とても思う」「少し思う」の項目を選択したものを不安があるとする。各項目ともに多くのものが不安であると答えた (表 1)。

表 1 退院後の生活について不安と答えた者の割合

	指導前	指導後
成長発達	89%	89%
症状悪化	92%	89%
不整脈	79%	86%
感染症	82%	86%
急変時の対応	100%	89%

BLS 指導前後での不安について t 検定を行うと

急変時の対応のみ有意差を認めた (表 2)。

表 2 BLS 指導前後での退院後の不安

	実施前	実施後	t 検定
成長発達	4.5±0.7	4.4±0.7	n.s
症状悪化	4.6±0.7	4.5±0.8	n.s
不整脈	4.2±0.9	4.4±0.8	n.s
感染症	4.4±0.8	4.3±0.8	n.s
急変時の対応	4.8±0.4	4.5±0.7	p<0.05

得点は mean±SD で示した n.s: not significant

3. BLS 実施の意思

自分の子どもとそれ以外の子どもで BLS が必要な状況になった場合、BLS を実施するか BLS 集団指導の前後で質問した。回答は「する」、「しない」、「わからない」の三択とした。

実子に対する BLS 実施の意思は図 1、2 に示すように、指導前には 4% (1 名) がわからないと回答していたが、指導後には全員が実施すると回答した。

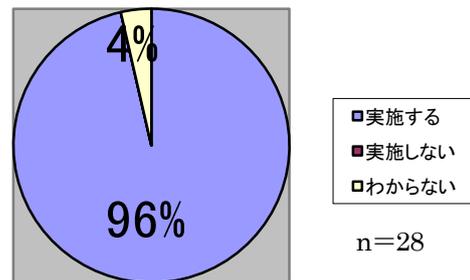


図 1 実子に対する BLS 実施の意思 (指導前)

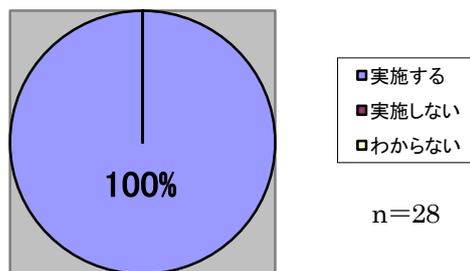


図 2 実子に対する BLS 実施の意思 (指導後)

他者の子に対する BLS 実施の意思は図 3、4 に示すように指導前には実施しないが 3% (1 名)、わからないが 39% (12 名) が回答したが、指導後には実施しないと回答した者はなく、わからないと回答した者は 21% (6 名) と減少した。

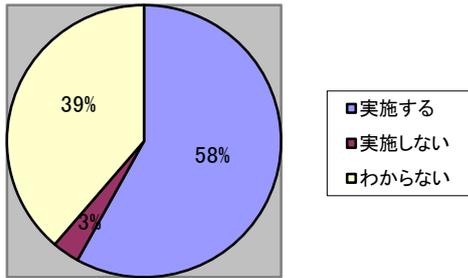


図3 他者の子に対するBLS実施の意思（指導前）

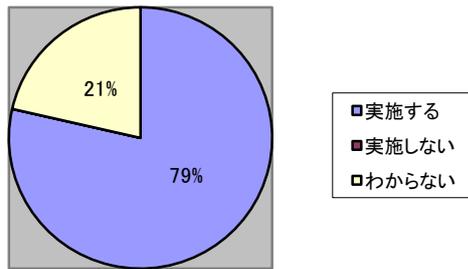


図4 他者の子に対するBLS実施の意思（指導後）

4. BLS 現場の遭遇経験

BLS を必要とする現場に遭遇した経験のある人は1名であった。対象者は出産前まで看護師として勤務していた。しかし、乳児へのBLSの経験はなかった。

5. BLS 技術の習得度に対する自己評価

意識確認、呼吸確認、応援依頼、救急車要請、気道確保、人工呼吸実施、心臓マッサージ実施、1人でのBLS、2人でのBLSについて「できる」場合を5、「できない」場合を1として5段階のリッカート尺度で質問した。

「できる」と「だいたいできる」を選択した者をBLS技術を習得しているとする、要救護者に直接技術を実施をしない応援依頼、救急車要請はBLS指導前からほとんどの者ができると回答している（表3）。

表3 BLS技術を習得している者の割合

	実施前	実施後
意識確認	57%	100%
呼吸確認	54%	100%
応援依頼	93%	96%
救急車要請	93%	100%
気道確保	36%	100%
人工呼吸	11%	100%
心臓マッサージ	14%	93%
BLS (1人)	4%	89%
BLS (2人)	7%	82%

しかし、意識や呼吸の確認ではできると回答した者は約半数に減少し、気道確保、人工呼吸、心臓マッサージでは半数以下となり、BLSの一連の流れではほとんどのものができないと回答している。BLS集団指導後にはそれぞれの技術は9割以上の者ができると回答し、BLSの一連の流れでも8割の者ができると回答するまでになった。

BLS指導前後でのBLS技術に対する自己評価についてt検定を行うとすべての項目で有意差を認めた（表4）。

表4 BLS指導前後でのBLS技術に対する自己評価

	実施前	実施後	t検定
意識確認	3.5±1.3	4.7±0.5	p<0.001
呼吸確認	3.4±1.1	4.7±0.5	p<0.001
応援依頼	4.4±0.6	4.7±0.5	p<0.01
救急車要請	4.5±0.6	4.8±0.4	p<0.01
気道確保	2.9±1.5	4.7±0.5	p<0.001
人工呼吸	2.3±1.0	4.4±0.7	p<0.001
心臓マッサージ	2.3±1.0	4.4±0.6	p<0.001
BLS (1人)	1.9±1.0	4.3±0.6	p<0.001
BLS (2人)	2.1±1.1	4.2±0.7	p<0.001

得点はmean±SDで示した

IV. 考察

1. 退院後の不安

退院後の不安の中で急変時の対応は指導前には100%のものが、不安があると回答しており、他の項目より多く、平均点数も高かった。

これは退院指導としてBLS集団指導を行っているため、退院の目的がみついているが、心疾患であることまたは治療は完了したが心疾患であったということが、急変に遭遇するかもしれないという思いにつながっているためではないかと考えられる。このことは、平均点は減少しているがほとんどのものが急変時の不安について「とても思う」から「少し思う」になっただけであることから潜在的な不安は常にあることが示唆される。

その他の4項目については、指導前後で不安に対して有意差は出なかったが、不整脈については不安について増加するものもあり、平均点が増加した（表2）。これは、自分の子どもには不整脈の既往がなくても、指導の際に心肺停止の原因の1つとして説明されることが原因と考えられる。ま

た、不安が増加している者はすべての項目で存在していた。BLSの集団指導ではあるが、指導中には家族からの質問に答えており回答によって不安に思っている内容を詳しく知ることによって、より不安が増強する者もいるためだと考えられる。このことから、指導によって不安が増強してしまう者もいることを考えて指導することが必要であり、不安が増強した者には指導後のフォローが必要だと考える。

2. BLS実施の意思

自分の子どもがBLSを必要とする状況でBLSを実施するかという質問に対し、BLS指導前は実施すると答えた者が96%、わからないが4%、指導後は100%が実施すると答えた。橋本ら¹⁾の研究では実施すると答えた者は45.6%、わからないが43.8%、実施しないが6.8%、中村ら²⁾の研究では実施すると答えた者は93.3%、わからないが6.7%であった。自分の子どもに対して実施の意思が高く、親であることが影響していると考えられる。

兼松ら³⁾の大学生を対象として研究では、BLSを必要とする場面に遭遇した場合、看護学専攻の学生では52.2%、他学部生では28.1%が実施すると回答している。新開ら⁴⁾の研究でも看護学専攻の学生はBLS指導前には19.1%が実施すると答え、指導後には94.1%が実施すると答えている。これらの研究では将来医療従事者になるものは人命救助の意識が強いことが示唆されている。心疾患患児の両親は家族以外に対するBLS実施の意思も指導前58%、指導後79%と高く、このことから一般の人より人命救助の意識が高いことが示唆される。また、兼松ら³⁾の研究ではBLS実施時の不安には、知識不足や経験不足からくる不安や心配がほとんどであったとしており、BLS集団指導によってそれらの不安が軽減されたことで、自分以外の子どもへのBLS実施の意思をもつものがいたのだと考えられる。

3. BLS技術の習得度に対する自己評価

BLS技術の習得度に対する自己評価では応援依頼、救急車要請はほとんどの者がBLS指導前からできると回答した。中林ら⁵⁾は心疾患の子どもをもつ両親に対する研究では88.9%の家族は急変時の対応として救急車要請に留まり、呼吸確認はしないとしており同様の結果が得られた。そして、BLS集団指導後にはそれぞれの技術は9割

以上の者ができると回答し、BLSの一連の流れも8割の者ができると回答するまでになり、BLS集団指導の効果はあったと言える。しかし、岸本ら⁶⁾の研究ではBLS講習について93.9%の学生がある程度理解できたと感じているが、BLSの手技を習得できたという学生は44.7%と半減し、日常で実践できるという学生は18.9%とさらに半減したとしている。このことから、今回のBLS集団指導でも、できると回答した者すべてが実践できるわけではないと考えられる。志水ら⁹⁾の研究ではBLS実施可能と回答するものは初回の講習後でも増加するが、1回だけの講習よりも反復講習が有用であると報告している。

ドリンガーの生命曲線では呼吸停止から4分で救命率は50%になるとされる。消防庁によると¹⁰⁾救急車要請から救急車の現場到着まで平均7.9分かかるとしている。小児の心肺停止の74.5%が屋内で発生し、66%がSIDS(乳幼児突然死症候群)であったとの報告が¹¹⁾あり、バイスタンダーとなる可能性が高い乳児の両親は、急変時には早期から正しいBLSを実践できることが望まれる。そのため、繰り返しBLS指導を行いBLSの技術を確実に習得する必要があると考えられる。

V. 結論

1. 今回のBLS集団指導では急変時の対応に対する不安は減少した。
2. 先天性心疾患を有する乳児をもつ両親のBLS実施の意思は高い。
3. 今回のBLS集団指導によってBLS技術の習得度に対する自己評価は上昇する。

本研究は対照群を設定していないため先天性心疾患の両親であることが回答にどの程度影響を与えるか判断できない。また、BLS技術の習得度は自己評価であり、対象者のBLS技術を客観的に評価できるものではない。今後は質問紙調査では限界があった内容に関して面接調査を行い、退院時の急変への不安についてどのような内容があるのか、BLSの指導方法・技術についてどのような思いがあるのかなどに関して明らかにし、今後のBLS集団指導への示唆となるものを得ていくことが課題である。

VI. 研究協力者

馬場友美・国立循環器病研究センター・看護師
笹川みちる・国立循環器病研究センター・看護師
坂口幸子・国立循環器病研究センター・看護師長

VII. 参考文献

- 1) 橋本宏之、古川大祐、加藤美佐代 他：心疾患患者の家族がもつ心肺蘇生法に対する意識調査. *Emergency Care* 2010 ; 23 : 93-98
- 2) 中林頼子、上吹越美枝、廣瀬恭子 他：心疾患患児をもつ家族への退院時ケアを考える：心肺蘇生法講習会を実施して. *大阪府立母子医療センター雑誌* 1998 ; 14 : 197-201
- 3) 岸本有加里、本間勇樹、唐川美和 他：心疾患患者および家族への継続教育の評価：BLS講習会の導入. *旭川赤十字病院医学雑誌* 2007 ; 21 : 21-23
- 4) 小坂祐太、小松昭子、狐塚由香 他：心疾患を持つ患者・家族に対する救急講習会. *日本集中治療医学会雑誌* 2004 ; 11 : 269
- 5) 太田有香、秋葉美紀、宇美洋美：循環器疾患を有する患者とその家族のBLS（一次救命処置）に対する意識調査. *J Cardiol* 2006 ; 48 Suppl I : 398
- 6) 本梅友加利、酒井ひとみ、児島三千代 他：心肺蘇生法（CPR）の理解度と実践について：患者、家族へのアンケート調査より. *J Cardiol* 2000 ; 36 Suppl I : 355
- 7) 兼松有加、佐藤恵美、井出萌子 他：大学生の一次救命処置に対する意識の現状と今後の課題-医学部保健学科看護学専攻生と他学部生における比較検討-. *日本看護医療学会雑誌* 2008 ; 10 : 44-52
- 8) 新開裕幸、師岡友紀、白井理佳 他：看護学生に対し簡易型の一次救命処置を看護技術演習で行うことの有用性. *大阪大学看護学雑誌* 2010 ; 16 : 39-47
- 9) 志水貴之、三輪幸利、桂川純子：臨床検査科での基本的な心肺蘇生講習の継続開催を試みて、日本農村医学会学術集会抄録集 2006 ; 55 : 220
- 10) 消防庁：平成 22 年度版消防白書. 東京：佐伯出版；2010.p163
- 11) 武田信裕：小児のCPAOAの実態と対策. *小児科臨床* 2002 ; 55 : 227-233

心臓血管外科術後に ICU 入室した 患儿における家族の面会時の想い

独立行政法人国立病院機構香川小児病院 ICU・副看護師長
山崎 幸代

I. 緒言

心臓血管外科手術後、子どもは呼吸器を装着するなど多くの ME 器機に囲まれることが多い。その状況に驚く家族も多く、面会時に家族は子どもに触れることをためらう姿がみられる。また家族からは、現在の状態や「いつ、目が覚めるのか」など今後の経過について質問が多い。つまり術後子どもの状態は、非日常的であることから、家族の不安は大きく、それがストレスとなり、親子分離状態であることで子どもの状況が把握できず、不安が増強すると考える。

ICU 入室後は、家族と子どもの不安、ストレスを軽減するため家族の面会時の関わり方は重要であると考え。しかし看護師は、業務や処置の合間であることや面会時間は短時間であることから、家族と十分なコミュニケーションがとれていないのが現状である。

家族の不安や面会時の対応に関する先行研究¹⁾²⁾はあるが、心臓血管外科術後に ICU 入室した子どもをもつ家族の面会時の想いに焦点をあてた報告はない。

今回、心臓血管外科術後に ICU 入室した子どもの面会時の家族の想い、ニーズに応じた関わり方について示唆を得る。

II. 対象・方法

1. 研究デザイン

質的帰納的研究

2. 調査期間

平成 23 年 8 月 1 日～平成 24 年 2 月 24 日

3. 研究対象

A 病院で心臓血管外科手術を受け、ICU 入室した子どもの家族

4. データ収集方法

1) 独自にインタビューガイド作成する(表 1)。

2) 半構成的面接法によってインタビューガイドを用い、録音・記述者 2 名による面接を行った。

5. 分析方法

1) インタビュー内容の逐語録を作成する。

2) インタビューガイド(1)～(3)の表す内容を抽出し、意味内容を損なわないように抽象度を上げて簡潔に表現しコード化する。

3) 次にコードの同質性・異質性に基づいて、集約・分類し、意味内容を損なわないように抽出度を上げて簡潔に表現し、サブカテゴリーとする。

4) さらにサブカテゴリーを同様の手順で抽出度を上げてカテゴリーとする。

表 1 インタビューガイド

属性	①年齢②疾患名③手術回数
質問内容	①面会時の気持ちは、どうだったか(困っていること、悩んでいることなど)
	②どのような情報が欲しかったか
	③どのような言葉がけや配慮をして欲しかったか

6. 倫理的配慮

本研究は香川小児病院倫理委員会の承認を得た。研究対象者には、研究目的・有用性、調査結果の使用範囲およびプライバシーの保護を明記した用紙を配付する。インタビューはプライバシーが守られる個室で行い、承諾が得られた場合には録音をする。また、面接を拒否した場合や面接の内容によって、患児・家族に不利益は生じないことを十分に説明する。インタビューした録音内容は、逐語録に起こした後に消去する。逐語録は施錠できる場所に保管し、データ分析後にシュレッダーで破棄する。個人を特定するような報告は行わない。以上、個人の人権の擁護には最大限の配慮を行う。

III. 結果

1. 研究対象の属性

子どもの年齢は、2か月～1歳6か月（平均10.8か月）、手術歴は、初回手術は5名、再手術が5名であった。ICU在院日数は、8日～23日（平均13.2日）であった。インタビュー対象者は、父親2名、母親9名であった。年齢は、26歳～41歳（平均38.1歳）であった（表2）。

表2 対象患者の属性

症例	患者氏名	年齢	疾患名	手術歴	ICU 在院日数	インタビュー 対象・年齢
1	A氏	1歳	心房中隔欠損症	1回目	12日	母(32)
2	B氏	1歳	ファロー四徴症	2回目	15日	父(41) 母(35)
3	C氏	1歳2か月	房室中隔欠損症	2回目	15日	母(30)
4	D氏	1歳6か月	両大血管右室起始	4回目	12日	母(40)
5	E氏	4か月	心室中隔欠損	1回目	23日	母(32)
6	F氏	11か月	単心室	2回目	13日	母(37)
7	G氏	2か月	心室中隔欠損	1回目	12日	父(44)
8	H氏	10か月	ファロー四徴症	1回目	14日	母(26)
9	I氏	1歳3か月	完全大血管転位	2回目	8日	母(26)
10	J氏	6か月	ファロー四徴症	1回目	8日	母(38)

2. インタビュー内容の結果

家族の想いとして、7のカテゴリーと、36のサブカテゴリー、118のコードが抽出された。以下、カテゴリーは【】、サブカテゴリーは《》コードは「」で表す（表3）。

カテゴリー別では、【手術後の経過に対する想い】【手術直後の子どもへの関わり方の不安】【手術後の情報提供に関すること】【治療の意思決定に関すること】【治療に対する信頼】【ICUの環境に関する想い】【看護師に対する想い】の7のカテゴリーが抽出された。

1) 【手術後の経過に対する想い】

《術後の回復に対する想い》では、「面会に来るたびに点滴の数が減っていてすごいなと思った。」という想いがあった。《術後の子どもの姿を見て受けた衝撃》では「人工呼吸器をつけていることはショックだった。」「点滴が入っているところを隠してくれていたのが、気分的には楽になり、よかったです。」「想像以上にぐったりしていて苦しませてしまったと思った。」という想いがあった。《手術を無事に終えたことへの安心感》では、「とにかく手術が無事に終わって、無事に出てきたので、ほっとしたというのが一番」などの想いがあった。《経過の心配》では「手術の説明はし

てくれたけど、今後どうなるんかと思った」や「子どもの事が、とにかく心配で」などの想があった。

2) 【手術直後の子どもへの関わり方の不安】

《術後の子どもの接し方が分からない》では「呼吸器も付いていたので、どこまで触ってよいかわからなかった」などの想があった。《子どもへの接し方の助言がほしかった》では「看護師さんにこういう風にした方がいいと言ってもらえると助かります」という想があった。

3) 【手術後の情報提供に関すること】

《術後の経過の説明がほしかった》では「悪い時ほど今の状態を知りたかった」や「具体的な処置内容を教えてほしい」という想があった。また、「たくさん付いているチューブ類が、1本ずつ外れているなどを言って欲しかった」などの想があった。《説明で安心した》では「先生の説明を聞いて安心した。落ち着いた」や「わからないことは聞いていたので、不安を残して帰ることはなかった」などの想があった。《説明に対する満足感》では「いろいろな事を教えていただいて安心した」や「自分が知らないときのことを教えてくれてよかった」などの想があった。《説明の物足りなさ》では「ICU でどんな風に過ごしているのか教えてほしかった」や「前回に比べて経過が順調だったので先生の説明もあっさりだった」などの想があった。

4) 【治療の意思決定に関すること】

《手術時期の決断に対する想い》では「経過が思わしくなかったので、手術をこの時期にしてよかったのかと考えた」や手術の決定について自分の判断が悪かったんやろうかといういろいろ考えた」という想があった。《手術に対する同意》では「先生から手術の方法を説明され納得して同意できた」という想があった。

5) 【治療に対する信頼】

《治療に対する安心》では「前回の手術を経験したので不安は大きくなかった」や「2回目の手術だったので分からないことも聞きやすかった」

などの想があった。

6) 【ICU の環境に対する想い】

《みてもらった方が安心》では「早く母子入院したかったが、点滴が沢山ある状態では見てもらったほうが安心だった」という想があった。《早く母子入院したい》では「ICU からの転出が最初の説明より遅れて長く感じた」や「子どもが泣いているのなら早く出してほしいと思った」などの想があった。《イメージと異なっていた》では「他の病院を見て、ICU の雰囲気はピリピリしている感じだと思ったけど、そんな感じではなかった」「ちょっと緊張感があった」などの想があった。《面会時の配慮が足りない》では「カーテンがないため、他の家族に見られるのでプライバシーがないと思った」や「急患が来た時に、面会でなくてもこの場に居てもいいのかなと思ったので、面会を断ってもらってもよいと思った」などの想があった。また、「ワンフロアなので、自分の子どもより重症な子どもを見ると心が痛む」や「他の子どもさんを見てはいけないと思うが仕切りがないので見えてしまう」などの想があった。《面会時間制限に対する想い》では「面会時間については、本人が寝ているだけだったので、ちょうどよかった」「ご飯のときなど、状況に応じて面会できたのはよかった」や「面会したいと連絡したときに、待たされると自分の子に何かあったのかなと不安になった」などの想があった。《周囲に対する遠慮》では「ご飯のときなど、長時間、面会できたけど、いいのかなと思った」などの想があった。《面会時の雰囲気について》では「他の病院よりは、雰囲気が温かい」などの想があった。

7) 【看護師に対しての想い】

《医師には質問できない》では「医師に質問するのは緊張して聞けなかった」という想があった。《看護師さんによく見ていただいた》では「入院生活が長かったので、みなさんにいっぱいかわいがってもらった」や「看護師が他の子を援助しているのを見て、自分の子にもそうしてくれてい

るんだなと思う」などの思いがあった。《看護師に対する遠慮》では「看護師に聞くタイミングが難しい」や「何回も出たり入ったりするのは迷惑じゃないかと気にしながら入った」などの思いがあった。また「看護師によっては、質問しにくい人もいた」などの思いがあった。《看護師に対する安心感》では「皆さん明るく対応してくれたので、入りにくいという事はなかった。自分から声をかけなくても看護師さんの方から話しかけてくれた」や「入室時に声をかけてくれた人には聞きやすかった」などの思いがあった。《看護師によって対応が違う》では「看護師によっては、結構な量を説明してくれたり、何も説明がなかったりしたので、ある程度は教えてもらいたいと思った」などの思いがあった。《家族の要望に添えていないことに対する不満》では「気になることを看護師さんに話したのですが、改善されてなかったので他の看護師さんにちゃんと言ってきているのかな…と感じることがあった」という思いがあった。《看護師の対応に対する希望》では「子どもの状態について「どうなんですか」と聞ける体制になってほしい」という思いがあった。

IV. 考 察

【手術後の経過に対する思い】

手術終了を待っている家族は、手術が無事に終わるのかという不安があると考えられる。そのため、手術が無事に終えてほっとしたなどの思いがあったと考える。しかし、呼吸器を装着した子どもの姿を見て衝撃を受け、「呼吸器が付いていることはショックだった」や「主人は全然見なかった」などの思いがあり、多くの ME 器機に囲まれている子どもの様子を見て「重篤である」と感じていたと考えられる。「面会に来るたびに点滴の数が減っていて、すごいなと思った。」という思いに対しては、ICU で子どもの状態を実際に見ることで、病状が改善しているという期待や安心感を抱けたと考える。

【手術直後の子どもへの関わり方が不安】

手術を終えた家族は無事に手術を終えた子どもに「触れたい」という思いがある。しかし、ME 器機に囲まれている子どもをみて「どこまで触ってよいかわからなかった」や「看護師さんにこういう風にしたほうがいいと言ってもらえると助かる」という思いから、子どもに触れることへの迷いや恐怖があると考えられる。そのため、面会時に家族に触れてもよいことを伝えることで親子の愛着形成を促進が図れると考える。

【手術後の情報提供に関すること】

術後は ICU という特殊な環境に入室し、子どもと親子分離状態となり面会時以外の様子はわからない。筒井³⁾は「付き添いをしている理由が、子どもが不安、日常生活が自立できていない、点滴をしている、病院に不慣れなど、子どもを1人残して帰ることへの不安であることを考えるとき、付添をしていない親は、この不安が解消されることなく日々帰宅しているのだと思われる。」と述べている。このことから、家族は術後の経過について不安を感じ、「ありのままの情報が知りたい」や「具体的な処置内容を知りたい」などの思いがあったと考える。スタッフから面会時に説明を受けることで、安心したいという思いがあると考えられる。しかし、質問に対して満足な回答を得られなかった場合は、「もっと詳しく教えて欲しかった」などの、今後の経過を知りたいというニーズが生じたと考える。また、先天性心疾患は、病態が複雑であることから、「説明されても分からなかった」という思いがある。看護師は家族の理解度について確認をし、知りたいと想っている情報を把握し、医師との仲介役をすることで、不安の軽減を図る必要があると考える。

【治療の意思決定に関すること】

子どもへの手術の決定は家族に任される。一般的に心臓は生命に直結する臓器であり、家族の不安は大きいと予想される。術後の経過が予期せぬ状態であった場合「手術を決定した自分に責任があるのではないか」「今後どうなるのか」という思いがあり、今後の状態に対する不安は大きくな

るのではないかと考えられる。これらのことから、術後の経過によっても家族の想いは変化するため家族の心理的変化に応じた対応する必要がある。

【治療に関する信頼】

ICU に入室に対して、「2 回目だったので安心だった」や「わからないことも聞きやすかった」との想いがあり、ICU の様子をイメージできていることや自分の知っているスタッフがいることで安心できたと考える。

【ICU の環境に関する想い】

家族は、術前に医師から一般病棟への転出の予定の説明「ICU の入室期間を約何日間」と説明している。そのため、予定より長くなったり、家族が思っていた期間より長くなると「長く感じた」という想いが生じる。また、子どもが泣いている様子を見て、心配になり、「泣いているのなら早く出して欲しいと思ったけど、そうではなかったのよ良かった」という想いにつながったと考える。しかし、点滴やドレーンなど、たくさんの ME 器機がついている状態での母子入院をすることは、不安に感じていることがあるため、子どもの状態を説明していく必要があると考える。

ICU のイメージに対しては「基本的にはいいイメージだった」「ピリピリしている感じだと思ったけど、そんな感じではなかった」という想いがあった。しかし、ICU は術後重症の患者や救急患者がいる様子を見て「ちょっと緊張感があった」という印象を持ったと考える。

ICU はワンフロアであり、普段カーテンなどでは仕切っていない。「カーテンがないため他の家族に見られるのでプライバシーがないと思った。」や「子どもより重傷の子どもを見ると心が痛む」や「他の家族と、長い時間面会するのだったら、お互い気になる」などの想いがあり、落ち着いて面会できるように、プライバシーを配慮する必要があると感じた。また、面会制限に対して「短い」と感じた意見もあった。しかし、鎮静中の子どもの面会では「ちょうどよかった」とい

う想いもあり、子どもの状態によって感じ方に変化があった。子どもの状況に合わせて面会時間を延長しており、長く面会できて「よかった」という想いがあった。しかし、周囲へ遠慮から「長時間、居たけど、いいのかなと思った」という想いがあることから、ICU の面会環境と子どもの状況を配慮して面会時間の調整が必要である。

救急患者受け入れ時には面会を控えてもらった家族から「子どもに何かあったのでは？」という不安がみられている。これは、スタッフの説明不足が考えられる。家族は ICU の状況を知らないため、なぜ面会ができないのかを説明をすることで不安が軽減されると考える。

一方で救急患者の受け入れ後の面会時には「その場にもよいかと思った」と家族は感じており面会ができる環境を整え面会を勧めることが必要であると考ええる。

【看護師に対する想い】

医師に子どもの病状について情報を得たいが「医師に質問するのは緊張して聞けなかった。」という想いから医師より子どもの情報を得たいという想いがある一方で、緊張して聞きたいことが聞けない状況があった。このことより、一番身近な存在である看護師が医師と家族の仲介役をすることで、不安を軽減できると考える。

ICU に入室する家族は、子どもの接し方について「DVDとか好きなおもちゃで退屈しないように日常生活の援助に気を付けてくれているなと思った。」「子どもの様子を見て、子どもが安心していれる雰囲気を作っていると感じた。」という想いがある。これは、家族に看護師が子どもに対して気にかけていることを感じることで、スタッフに対しても安心感と信頼感を高めることにつながったと考える。

「入室時に声をかけてくれた人には聞きやすかった。」「皆さん明るく対応してくれたので、入りにくいということではなかった。自分から声をかけなくても看護師さんのほうから話しかけてくれた。」などの想いがあった。今井⁴⁾は「家族は、

看護師を忙しい集団ととらえることも多く、声をかけることが難しい。」と述べている。今回のインタビューで、ICU の状況をみて「何回も面会するのは迷惑ではないか」「長くいてはいけないことがわかる」という発言がみられた。これは面会時に家族が、看護師の状況をみて遠慮していると考えられる。

また、「気になることを看護師さんに話したのですが、改善されていなかったの他の看護師さんにちゃんと言ってくれているのかな…と感じることがあった。」と、看護師の対応から不安を感じていることがあった。小木曾⁵⁾は「小児の家族から不満は医療者と家族とのコミュニケーション不足からと思われるものがほとんどであった。」と述べていることから、ICUにおいても子どもだけでなく子どもを取り巻く家族に対してコミュニケーションを密に取る必要性があると再認識できた。また、ICU に入室する家族は少なからず緊張感を持っており、思うようにスタッフから情報を得られない可能性がある。しかし、話しかけやすい雰囲気を作ることでICUに入室する家族の緊張を和らげることができると考える。

これらの結果から、家族はICUに入室している子どもの病状の経過や過ごし方について気にかけており、医療スタッフから情報を得たいと想っている。看護師の対応としては、面会時の環境を整えることや家族とコミュニケーションを密にとることで安心感と信頼感を高めることができると考える。

V. 結論

心臓血管外科の手術を受けた子どもをもつ家族の想いとしては、以下のことが明らかになった。

1.ICUに入室した子どもの家族の想いは【手術後の情報提供に関すること】【ICUの環境に関する想い】【看護師に対する想い】の想いが多かった。

2.面会時の家族の対応としては、ICUでの子ども

の様子についての情報提供や子どもを気にかけていると感じることが安心感につながっていた。

3.心理的な危機状態にある家族に対してその想いを受容し、子どもの状態を受け入れることができるよう医師と連携を図り、子どもと家族を支えていくことが重要である。

VI. 研究協力者

藤本真由美・独立行政法人国立病院機構香川小児病院・看護師

藤下宜子・独立行政法人国立病院機構香川小児病院・看護師

笠井麻理・独立行政法人国立病院機構香川小児病院・看護師

谷井綾・独立行政法人国立病院機構香川小児病院・看護師

渡邊真紀子・独立行政法人国立病院機構香川小児病院・看護師長

VII. 引用文献

- 1) 成田尚子, 小玉恵子, 藤田由紀子 他:ICU入室中に病棟で待機する家族が抱える問題-先天性心疾患で手術を受けた患児の両親への面接調査から-. 第32回小児看護学会誌 2001: 98-100
- 2) 小木曾國子:面会時の対応. 小児看護 2004; 27: 601-606
- 3) 筒井真優美:これからの小児看護-子どもと家族の声が聞こえていますか: 南江堂; 2007.p143
- 4) 今井恵:子どもの入院に付き添う母親に関する研究 民族看護学の研究方法を用いて. 看護研究 1997; 30: 119-131
- 5) 小木曾國子:面会時の対応. 小児看護 2004; 27: 601

カテゴリー	サブカテゴリー	コード			
手術後の経過に対する想い	手術後の回復に対する驚き	面会に来るたびに点滴の数が減っていて、すごいなと思った			
	術後の子どもの姿を見て受けた衝撃	点滴入っているところを隠してくれていたの、気分的には楽になり、よかったです 人工呼吸器をつけていることはショックだった			
		子どもを自分は見れたけど、主人は全然見なかった			
		術後初めて面会した時は、想像以上にぐったりしていて苦しませてしまったと思った			
	手術を無事に終えたことへの安心感	顔を見て元気そうで 逆に何かあったら言ってくれるだろうから、安心していいのかなと思った			
		とにかく手術が無事に終わって、無事に出てきたので、ほっとしたというのが一番 機嫌悪そうにできなかったの、安心した			
		経過の心配	手術の説明はしてくれただけど、今後どうなるんかと思った 子どもの事が、とにかく心配で 素人なので、手術がうまくいっているのか、いないのかが分からず不安だった 手術後、初めて面会でできる時の待ち時間が長かった		
	手術直後の子どもへの関わり方の不安	術後の子どもへの接し方がわからない	呼吸器も付いていたので、どこまで触ってよいかわからなかった どこまで子どもに触れていいのかわからなかったの		
		子どもへの接し方の助言がほしかった	看護師さんにこういう風にしたらほうがいいと言ってもらえると助かります		
手術後の情報提供に関すること	術後の経過の説明がほしかった	「こうでないのかな」ぐらいの説明いただいたら、よりよかったです 手の空いている人でもいいので「変わらない。」という情報だけでも言って欲しかった たくさん付いているチューブ類が、1本ずつ外れているなどを、言って欲しかった 熱があるとか、状態とかが分かったらよかったです 悪い時ほど今の状態を知りたかった 言葉を親切にと言うのではなく、ありのままの情報を知りたい。前日に比べて変わった所だけでも言って欲しかった すべてでなくても良いが事実をそのまま言ってほしい 問題なかったら「順調です」とかでいいんで、言ってほしい 熱のことについて、もっと詳しく教えて欲しかった 何か治療が必要なのか、様子観察でいいのか。今後の対処はどうするのかを知りたかった 具体的な処置内容を教えて欲しい 面会時に児の状態を見ながら説明を受けている内容を、面会をしていない人に「今どんな状態なん」と聞かれても、「たぶん」としか説明できなかったの、ある程度ちゃんとした情報が欲しかった 手術室から、廊下を通過して、面会するまでの間、なんか説明してと思った			
		説明で安心した	先生の説明をきいて安心した。落ち着けた(2) 事前にICUの説明や、DVDを見ることによって安心できた 安定していますとか、状態がよくなっているとか、プラスのことを言っていただと安心する わからないことは聞いていたので、不安を残して帰ることはなかった(2) (手術直後)説明してくれたし、まかして、帰りますって感じだった 日常生活状況について(食事・排泄・睡眠・体重)説明されて安心した(3)		
			説明に対する満足感	先生や看護師さんからの説明は、分かりやすかった 手術中のビデオ見て、不安な所は、先生に説明を聴いて納得して面会には入れた 説明を受けて良かったと思った いろいろなことを教えていただいてよかった 自分が知らないときのことを教えてくれてよかった(2)	
				説明の物足りなさ	前日に比べて経過が順調だったので先生の説明もあっさりだった 初めての面会時、先生が「血圧は今高いですが徐々に下がって行きます」と言ってくれたんですが、その数字が高いのかも分からなかったが やっぱり私には、まだ難しいところがあって説明をしてもやっぱりわからなかった ミルクがどれくらい飲んでいるかなど言って欲しかった ICUでどんな風に過ごしているのか教えてほしかった。日常生活のことやよく寝ているのかわかりたかった

カテゴリー	サブカテゴリー	コード		
治療の意思決定に関すること	手術時期の決断に対する迷い	経過が思わしくなかったため、手術をこの時期にしてよかったのかと考えた 手術の決定について自分の判断が悪かったんやろうかという考え		
	手術に対する同意	先生から手術の方法を説明され納得して同意できた		
治療に対する信頼	治療に対する安心	前回の手術を経験したので不安は大きくなかった 初めてのときは、緊張したけどICUの入室が2回目だったので、だいたいわかってたから、安心だった 前回ICUに入室していた経験があったので、信頼できていたという感覚があったので安心で 2回目の手術だったのでわからないことも聞きやすかった		
		みてもらった方が安心 早く母子入院したい	早く母子入院したが、点滴が、たくさんある状態では見てもらった方が安心できた ICUからの転出が最初の説明より遅れて、長く感じた 結果的には、術前の説明通りだったけど、もう少し早く出られると思っていたので、長く感じた 子どもが泣いているのなら早く出して欲しいと思った	
ICUの環境に関する想い	イメージと異なっていた	大人の病院しか知らないで、基本的にいいイメージだった ちょっと緊張感があった 他の病院を見て、ICUの雰囲気はビリビリしている感じだと思ったけど、そんな感じではなかった		
	面会時の配慮が足りない	カーテンとがないと他の家族に見られるかなと思ったらプライバシーがないかと思った 急患が来た時に、面会でできても、居づらと思ったので、面会を断ってもらってもよいと思った ICUから帰るときに、子どもの目につくところに入口があったので、可哀そうだった ワンフロアなので、子どもより重傷な子どもを見ると心が痛む 他の家族と、長い時間面会するのだったら、お互いのことが気になる 他の子どもさんを見てはいけないと思う仕切りがないので見えてしまう		
		面会時間制限に対する想い	10分は短いと思ったけど、鎮静中は見ているだけだったので、長かった 面会から帰るときに泣いてしまうのが可哀そうで、面会時間に気を遣いながら入った 面会時間については、本人が寝ているだけだったので、ちょうどよかった(2) 10分の面会時間が短いと思った 電話をして面会してもよいか確認するのが緊張する 面会したいと連絡をしたときに、待たされると自分の子に何かあったのかなと不安になった ご飯の時など、状況に応じて面会できたのはよかった 面会までの待機場所が気が休まる場所ではなかった 他の患者の邪魔にならないように、あまり大きな声も出さないように気にした	
			周囲に対する遠慮	長時間居たのでご飯のときなど、長くおらしてもらったけど、いいのかなと思った(2)
	面会時に雰囲気について		他の病院よりは、雰囲気が温かい 面会時の雰囲気は悪くなかった	
	看護師に対しての想い		医師には質問できない	医師に質問するのは緊張して聞けなかった
			看護師さんによくみていただいた	入院生活が長かったので、みなさんにいっぱいかわいがってもらった わが子より重傷な子がおともうちの子をよく見てもらった(2) よく見ていただいたと思った。ほかの病院だったらそんなことはなかったかもしれないけど、みんな優しい対応をしてもらいありがたいと思った 看護師がしっかり遊んだりあやしてくれましたので、普通の病院と違って、やっぱりいいなと思う 看護師が他の子の援助をしているのを見て、自分の子にもそうしてくれているんだと思う 親切にいただいた DVDとか好きなおもちゃで退屈しないように日常生活の援助に気を付けてくれているなど
		看護師に対する遠慮		看護師に聞くタイミングが難しい 何回も、出たり入ったりするのは迷惑じゃないかと気にしながら入った 面会から帰るときに、泣いていたので、看護師が泣き止まずのが大変だろうなと思った 看護師に、気を使っているつもりはないが、多少は気を使っている みんな仕事しているのに、わざわざその手を止めてまでは、聞けなかった(2) 面会時の状況によって質問しにくい状況があった カーテンで仕切ると看護師さんが見えなくなるので仕方ないのかなと思った 看護師によっては、質問しにくい人もいた(3)
				看護師に対する安心感
			看護師によって対応が違う	
家族の要望に添えていないことに対する不満			気になることを看護師さんに話したのですが、改善されていなかったため他の看護師さんにちゃんと言ってくれているのかな…と感じることがあった	
看護師の対応に対する希望		子どもの状態についてある程度、「どうなんですか」と聞ける体制になってほしい		

2011（平成 23）年度 循環器疾患看護研究助成研究業績報告集

2012 年 発行

発 行 公益財団法人循環器病研究振興財団 理事長 山口武典
〒565-8565 大阪府吹田市藤白台 5 丁目 7 番 1 号

電 話 06-6872-0010

