

小児看護領域における家族看護学研究の動向

— 5年間の変化と受容過程における効果的な援助 —

井田亜希子¹⁾ 中久喜町子²⁾

要 旨

日本における家族看護研究の動向と現状を知り、今後の課題を検討する目的で、過去5年間の母子看護域における、家族を対象とした研究論文について、その研究の分析対象となっている家族、対象家族のとらえ方、看護者の介入領域、子どもの健康障害の受容過程でなされた援助について分析、検討を行った。その結果家族は援助の対象と見なされる傾向が顕著になってきている事、援助は感情領域への働きかけが主流となっているが、評価に至っていない事が明らかになった。今後の課題としては効果的な援助の方法と評価の研究が必要と考える。受容過程でなされた援助の重要な因子は、ショック・否認・悲しみと怒りの段階においては感情の表出であり、適応・再起の段階においては看護者の援助が直接受容を進めるきっかけとはなっていない。ショック・否認・悲しみと怒りの段階での関わりが受容過程を順調に進めることにつながっている事が明らかになった。

キーワード：家族看護、受容、看護介入、両親

I. はじめに

1970年代周産期医療の発展により新生児死亡率・乳児死亡率は2桁台から1桁台になり、以後現在に至るまで出生1000人に対して3～5人を保っている。また一方で女性の社会進出・高学歴化などによって女性の晩婚化、初産年齢の上昇が見られている。その結果1970年には2.13だった合計特殊出生率は、1992年には1.50となり一人の女性が一生の間に生む子どもの数は年々減少している。このような中で「子どもは少なく生んで大事に育てるもの」、「子どもは元気に生まれ元気に育つもの」という認識が一般化してきた。そのため生まれてきた子どもが健康障害を持っている、つまり生まれながらに障害を持っていたり疾患を持っていた場合、その親は突然元気な子どもというイメージを喪失してしまうことになり、自責の念を抱いたりショックや驚きといった感情を抱くことになる。しかしながら子どもの誕生とともに子どもを育てていくという義務を担った親にとって、その子ども・子どもの健康障害という事実に対して受容し適応していかなければならない。

このような状況では健康障害を持って生まれた子どものみならず、その家族も援助を必要とする対象であることは明らかである。子どもの看護をする時、子どもとその家族は切っても切れない関係にある。それは「家族とは一つのシステムであり家族成員が影響し合いながら生活をする社会的共同体である」という家族システムという概念が看護の場面で取り上げられる以前から経験的に共通理解され、母子看護領域では子どもとその家族が看護の対象となっていたのは事実である。その点については森が家族を対象とした研究の動向と特徴を明らかにしている³⁾。それによると①家族看護研究は母性看護領域より小児看護領域の研究が圧倒的に多いこと、②ライフサイクルでは養育期にある家族に関する研究が9割を占めていたこと、③健常児を持つ家族より病児を持つ家族に関する研究が非常に高率であること、また病児を持つ家族研究の焦点は病児の家族の特性を明らかにするものや病児を持つ家族へのかかわりの検討にとどまっていることが分かった。

そこで本研究は過去5年間の日本の母子看護領域における家族を対象とした研究論文について、その研究の分析対象となっている家族、対象家族の捉え方、看護者の働きかけの領域について分析検討し、

1) 横浜市立港湾病院

2) 川崎市立看護短期大学

日本における家族看護研究の動向と現状を知り、有効な看護実践のための手がかりを得るとともに、今後の課題を検討することを目的とする。

II. 研究方法

1 研究期間

1998年7月1日から1999年8月31日

2 対象となる文献の検索方法

森の研究以後の小児看護領域における家族看護研究の動向を知るために、データベースを最新看護索引1993年8号から1998年7号までとし、キーワードは家族、家族関係、患児と母親、患児と父親、両親、親子関係、母親役割、父親役割とした。その結果、294件の論文が検索された。

3 使用した分析の枠組み

ライトとリーヘイはカルガリー家族システム看護を紹介する中で、家族に対する援助を二つのレベルに分類し、そのいずれも家族看護であるとしている⁴⁾。二つのレベルとは、一つは従来の家族を患者の背景と見るレベル、つまり家族を患者のQOLを向上させるための資源と見るレベルと、もう一つは家族そのものを看護の対象とするレベルである。家族そのものを看護の対象として介入している文献の分析には、カルガリー家族介入モデルを用いた。カルガリー家族介入モデルでは、変化を促進する領域を「認知領域」「感情領域」「行動領域」の3つの領域に分け、その援助が家族の行動領域に働きかけるものか、感情領域に働きかけるものか、認知領域に働きかけるものかに分類している。看護者は家族が問題に直面している時にいずれの領域に働きかけることが家族の変化を最も効果的に促せるかをアセスメントした上で介入する。一般的に「認知領域」に介入することが最も変化がおきやすいとされている⁴⁾。

困難な状況に適応していくプロセスの分析についてはクラウスとケネルの受容段階を採用し、親の情動的反応（ショック、否認、悲しみと怒り、適応、再起）のいずれの段階でどの領域に働きかけることによって行われているか分析することにした。

4 分析方法

キーワードによって検索された294件の文献について二段階に分けて分析を行った。

第一段階は検索されてすべての文献について、分析の対象となっている家族が健常児を持つ家族であるか、病児を持つ家族であるかによって分類した。次に病児を持つ家族を分析対象としている文献について、その家族を資源と見なしているか、看護の対象と見なしているか、対象の捉え方によって分類し、その経年変化を見た。さらに家族を看護の対象としてとらえている文献について行われた援助は、家族の行動領域、感情領域、認知領域のいずれに対してなされているか分析を行った。

第二段階では、家族を看護の対象と見なしている文献について、健康障害を持つ子どもの親が健康障害を受容していく過程でなされた援助について、クラウスとケネルによる先天奇形児を持つ親の受容過程を用い、各受容段階における援助について分析を行った。分析対象とした文献は事例研究とし、受容過程における援助について報告されているものとした。

III. 結果

1 第一段階

キーワードによって検出された文献は294件で、そのうち病児に関する文献245件、健康児に関する文献49件で、その割合は表1に示すとおりである。

表1 研究対象の家族の分類

分 類	文献数 (%)
健常児をもつ家族を対象	49 (16.7)
病児をもつ家族を対象	245 (83.3)
計	294 (100.0)

%は小数点第2位を四捨五入

次に病児に関する文献245件の中で家族を援助の対象としている文献94件、家族を資源としている文献26件、その他125件で、その割合は表2に示すとおりである。その他の中には①対象あるいは対象の思いなどを知るための質問紙調査を行っている文献66件、②家族看護に関する総論的な文献20件、③看護婦と母親の役割・その二者関係についての文献11件、④家族関係のアセスメントに関する文献10件、

表2 対象家族のとらえ方の分類

分 類	文献数 (%)
家族を資源とするとらえ方	26 (10.6)
家族を対象とするとらえ方	94 (38.4)
その他	125 (51.0)
計	245 (100.0)

%は小数点第2位を四捨五入

表3 対象家族のとらえ方の経年変化

分類	1993年 文献数 (%)	1994年 文献数 (%)	1995年 文献数 (%)	1996年 文献数 (%)	1997年 文献数 (%)	1998年 文献数 (%)
家族を資源とするとりえ方	1 (5.0)	12 (16.0)	4 (7.3)	5 (8.9)	3 (10.3)	1 (10.0)
家族を対象とするとりえ方	8 (40.0)	32 (42.7)	28 (50.9)	18 (32.1)	4 (13.8)	4 (40.0)
その他	11 (55.0)	31 (41.3)	23 (41.8)	33 (58.9)	22 (75.9)	5 (50.0)
調査	4 (20.0)	14 (18.7)	14 (25.5)	20 (35.7)	12 (41.4)	2 (20.0)
関わり・役割	4 (20.0)	2 (2.7)	3 (5.5)	2 (3.6)	0 (0.0)	0 (0.0)
アセスメント	2 (10.0)	3 (4.0)	2 (3.6)	0 (0.0)	2 (6.9)	1 (10.0)
ケア・技術	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.8)	4 (7.1)	1 (3.4)	0 (0.0)
母子関係 家族の役割	0 (0.0)	5 (6.7)	1 (1.8)	3 (5.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
総論	0 (0.0)	5 (6.7)	2 (3.6)	4 (7.1)	7 (24.1)	2 (20.0)
その他	1 (5.0)	2 (2.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
計	20 (100.0)	75 (100.0)	55 (100.0)	56 (99.9)	29 (100.0)	10 (100.0)

％は小数点第2位を四捨五入

⑤母子関係・家族関係に関する文献9件、⑥看護技術に関する文献6件、⑦いづれにも分類できないものが3件であった。

病児の家族を対象とした文献245件の経年変化については表3に示すとおりである。1993年20件、1994年75件、1995年55件、1996年56件、1997年29件、1998年10件であった。対象のとらえ方の経年変化は次の通りである。家族を援助の対象と見なし、なおかつカルガルー家族介入モデルで分類できた文献は、1993年8件、1994年32件、1995年28件、1996年18件、1997年4件、1998年4件であった。家族を資源としてとらえている文献は、1993年1件、1994年12件、1995年4件、1996年5件、1997年3件、1998年1件であった。その他は1993年20件、1994年75件、1995年55件、1996年56件、1997年29件、1998年10件であった。家族を援助の対象としていた219文献を、介入の領域別に分類すると表4に示すとおりである。

表4 援助の領域の分類

分類	文献数 (%)
行動領域	10 (10.6)
感情領域	75 (79.8)
認知領域	9 (9.6)
計	94 (100.0)

％は小数点第2位を四捨五入

行動領域に援助していたと思われるものは10件、感情領域に働きかけていたものは75件、認知領域に働きかけていたものは9件であった。

2 第二段階

病児を持つ親の健康障害の受容について述べられ

ていたものは21文献であった。そのうち、分析対象となった事例研究は11件、事例研究以外は10件で、質問紙調査や面接・インタビュー4件、受容を促すための一般的な援助が3件、看護者以外の報告2件、治療の受容過程に関する文献1件であった。11件の事例研究で具体的に示された援助は表5に示す通りである。それらについてクラウドとケネルの先天奇形児を持つ親の受容過程に沿って以下に述べる。

1) ショック

ショックの段階で行われた援助は、自責の念を抱かせないようにする⁵⁾、感情表出がしやすい環境を作る^{5) 6) 11)}、交換日記を実施する²²⁾、親の気持ちを受け止める¹⁹⁾、早期より子どもとの接触を図る^{6) 12)}¹³⁾、母親のそばにいる²⁴⁾、家族の時間を十分取れるようにする¹⁵⁾、プライマリーナースを決定する²²⁾などであった。その中で特に効果があったと看護者が判断した援助は、感情表出を促すために行った環境作り・交換日記の実施、気持ちを整理する時間を与える、早期より子どもとの接触を図るであった。一方期待した効果が得られなかった事例としては、父親の感情表出が十分できず感情が内向し、それが受容を妨げた事例¹¹⁾、愛着形成を急ぎ面会を勧めた事例¹²⁾での援助が挙げられていた。

2) 否認

否認の段階で行われた援助は、働きかけの機会を多くする^{13) 20)}、子どもとの接触を多く持つようにする^{13) 17)}、受容的な態度で接する¹²⁾、交換ノート作成^{12) 20) 22)}、感情表出を図る環境作り⁶⁾、恐怖を抱く親に対しては接触を強制しない¹¹⁾、母親の話を傾聴する²⁰⁾、子どもの役に立っているという実

表5 受容過程で行われた援助

受容段階	受容段階で行われた援助	効果的だった援助	うまくいかなかった援助
ショック	<ul style="list-style-type: none"> ・健全児という喪失体験を軽減し、自責の念を抱かせないよう「分娩は順調でよいお産だった」「子どもは元気に泣いていた」「疾患の原因は不明なことが多く母親の責任ではない」と声をかける。 ・感情表出がしやすい環境をつくる。 ・交換ノートを実施する。 ・両親の気持ちを受け止める。 ・早期より子どもとの接触を図る。 ・ショックで泣いている母親の側にいる。 ・出生前診断により告知を行った事例では、家族での時間を十分とれるよう週末に外泊できるようにする。 ・プライマリーナースを決定する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・感情表出を促すための環境づくり、交換ノートの実施 ・出生前診断による告知によって気持ちを整理するために時間を与える。 ・早期より子どもとの接触を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> ・父親の感情表出が十分にできず受容を遅らす要因となった事例。 ・愛着形成を急ぎ面会を勧めた事例。
否認	<ul style="list-style-type: none"> ・母親の本音を聞くために働きかけの機会を多くする。 ・面会時間を配慮し、子どもとの接触が多くもてるようにする。 ・両親の気持ちに対して受容的な態度で接する。 ・両親とコミュニケーションを図り、また感情表出を図るため交換ノートを実施する。 ・感情表出がしやすいような環境づくり。 ・子ども接することが怖いという親に対しては無理強いをしない。 ・母親の話に傾聴し、無理強いするような言動は避ける。 ・子どもと触れあう機会を多くし、子どもの役に立っているという実感を持ってもらう。 ・母子の生命の危険を感じたので緊急体制を整える。 ・面会を勧める。 ・疾患や手術の説明を繰り返し行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・感情表出をはかるための環境づくり、交換ノートの実施。 ・親の気持ちに受容的な態度で接する。 ・母親と接する機会を多く持ち、信頼関係を築く。 ・面会や子どもとの接触を無理強いしない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・否認の感情が医療者にむけられていることを理解できなかった。 ・面会を勧めた。 ・疾患や手術に関する説明を繰り返し行った。
悲しみと怒り	<ul style="list-style-type: none"> ・感情表出を図るための環境づくり、交換ノートの実施。 ・母親と接する機会を多く持つ。 ・将来の不安などの相談相手になる。 ・家族の思いに傾聴し、受容的な態度で接する。 ・両親の気持ちに近づくために面接を繰り返す。 ・家族内で話し合う機会を持つために看護者同席で面談を行う。 ・親役割が果たしていることを伝える。 ・病的な悲嘆を表している母親に対して精神科の受診を勧める。 ・早期に子どもとの接触を図り面会時には不安を訴えやすい環境をつくる。 ・面会時間の配慮 ・障害を肯定的に捉えられるように助言をする。 ・家族の相談相手にMSWを紹介する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・感情の表出を図る。 ・悲しみや不安は自然な感情として受け止める。 ・障害を肯定的に考えられるように助言する。 ・家族の相談相手になる。 ・看護者が同席する面談は家族の感情表出を促し話し合いの場をつくる。 ・親役割を果たしていることを伝える。 ・受容的な態度で接する。 ・交換ノートを活用した心理状態の把握。 ・母親の話に傾聴する、接する機会を多く持つことで信頼関係を築く。 	<ul style="list-style-type: none"> ・父親の相談相手にMSWを紹介した事例。 ・医療者にむけられたいか理の感情を受け止めることができなかった事例。
適応	<ul style="list-style-type: none"> ・どんな小さな悩みでも快く聞く。 ・サリドマイド児や障害児のビデオを見せる。 ・同一疾患の親の会を紹介し、会ってもらう。 ・子どもとの接触を持ち、育児参加を促す。 ・交換ノートの活用。 ・ファミリールームで家族だけの時間をもてるようにする。 ・面会時間に会わせて患児の睡眠パターンを確立する。 ・両親が無理のない育児ができるようにする。 ・父親や祖母にも育児の協力を得る。 ・母子関係確立のための援助。 ・育成医療・障害者手帳の申請。 	<ul style="list-style-type: none"> ・交換ノートを通じて両親の感情や愛着形成がうかがえた。 ・子どもと接触する機会を多くした。 ・両親が現実を吟味できるような援助。 ・母親が子どもを受容できるような心の整理がつくまで待つ。 ・母親だけでなく父親や祖母にも働きかける。 	

受容段階	受容段階で行われた援助	効果的だった援助	うまくいかなかった援助
再起	<ul style="list-style-type: none"> ・口唇口蓋裂患児の母親に対して搾母乳の方法・哺乳時の注意・誤飲について説明する。 ・外泊時の注意事項について説明する。 ・積極的に育児参加を促す。 ・面会時間の延長。 ・試験外泊の実施。 ・母親だけに育児の負担がかからないよう父親にも育児参加を促す。 ・患児に必要な技術の指導。 ・ダウン症児の親の会に協力を依頼する。 ・外来・地域でのフォローの依頼。 	<ul style="list-style-type: none"> ・父親への働きかけにより母親の育児負担を軽減する。 ・他職種との連携をとる。 	

感を持たせる、緊急体制を整える¹⁹⁾、面会を勧める²⁴⁾、疾患や手術に関する説明を繰り返す¹³⁾などであった。効果的だった援助は感情表出を図るための環境作り・交換ノートの実施、受容的な態度で接する、母親と接する機会を多くすることで信頼関係を築く、強制しないであった。期待した効果が得られなかった援助は、怒りの感情が医療者に向けられていることを理解できなかった¹²⁾、面会を勧める²⁴⁾、疾患や手術に関する説明を繰り返す¹³⁾であった。

3) 怒りと悲しみ

悲しみと怒りの段階で行われた援助は否認の段階までの援助に加えて、家族内で話し合う機会を作るために看護者同席で面談を行う¹³⁾、親役割を果たしていることを伝える¹⁵⁾、病的な悲嘆を表している母親に対して精神科の受診を勧める¹⁹⁾、障害を肯定的に考えられるように助言をする¹²⁾、家族の相談相手にMSWを紹介する¹³⁾などが挙げられていた。効果的だった援助は、障害を肯定的に考えられるように助言する、看護者が同席する面談で家族の感情表出を促し話し合いの場をつくる、親役割を果たしていることを伝える、期待した効果が得られなかった援助は、父親の相談相手と思いきMSWの紹介をした事例¹³⁾、医療者に向けられた怒りの感情を受け止めることができなかった事例¹²⁾が挙げられている。悲しみと怒りから適応への移行のきっかけとなった要因は、障害を否定的に考えるのではなく肯定的に考えられるように助言、交換ノートを活用した感情表出であった。

4) 適応

適応の段階で行った援助は、どんな小さな悩みでも快く聞く⁶⁾、サリドマイド児や障害児のビデオを

見せる⁶⁾、同一疾患の親子を紹介する¹⁷⁾ ¹⁹⁾、育児参加を促す¹¹⁾ ¹²⁾、交換ノートの活用¹¹⁾ ²⁰⁾、家族だけの時間を過ごせるように環境を調整する¹⁵⁾、面会時間に合わせて患児の睡眠パターンを確立する¹⁵⁾ ²²⁾、両親が無理のない育児ができるようにする²²⁾、父親や祖母にも育児の協力を得る²⁴⁾、母子関係確立のための援助²⁴⁾、育成医療・障害者手帳の申請²⁴⁾などであった。効果的だった援助は、交換ノートを通じて両親の感情や愛着形成がうかがえた、子どもと接する機会を多くした、母親が現実を吟味できるような援助、母親が子どもを受容できるような心の整理がつくまで待った、母親だけでなく父親や祖母にも働きかけただであった。適応から再起へ移行するきっかけとなった要因は、育児参加を促す、母親が子どもの受容ができる状態まで待った、看護職以外の助言²⁴⁾が挙げられていた。

5) 再起

再起の段階で行われた援助は、具体的な問題についての退院指導をする⁵⁾、外泊時の指導⁶⁾、積極的な育児参加の促進⁶⁾、面会時間の延長¹³⁾、試験外泊の実施¹³⁾、父親の育児参加の促進¹³⁾、患児に必要な技術の指導²⁰⁾、親の会への協力依頼¹⁹⁾、外来・地域でのフォローの依頼²⁴⁾などであった。効果的だった援助は、父親への働きかけにより母親の育児負担を軽減すること、他職種と連携を取ることが挙げられていた。再起の段階に至ったきっかけとなる要因として、望まれた妊娠であったこと、出産を心待ちにしていたこと、順調な分娩経過、出産育児の経験がある経産婦だったこと、患児の中に健康な点を見出させたこと、家族の受け入れがよかったこと、近所の人の協力的な態度や励ましがあったこと、同一疾患を持つ母親の会を紹介したこと、子どもの状態

が安定してきたことを挙げていた⁵⁾。

IV. 考 察

1 第一段階

1988年1月から1993年7月までの5年7か月の間に129文献だった家族看護に関する文献は、1993年8月から1998年7月までの5年間で294文献と倍以上に増えた。このことは看護者が患児だけでなくその家族も援助の対象と考え、事例研究、調査研究といった様々な方法で研究を行ってきたものと考えられ、看護者の家族看護に対する関心の高さがうかがえる。

対象となっている家族の8割が病児の家族に対するものであった。この傾向は森の報告と変化はない。家族を資源としているものは全体の1割ほどであり、家族を援助の対象としているものは調査などを含めると約9割に達し、小児看護の分野において家族はほぼ援助の対象と見なされていると言える。家族成員一人の健康障害は他の家族成員へと波及するというのが家族看護の基本的な考え方であり、かつ病人が子どもの場合特に家族に対する援助の必要性が高まると言われているが日本でも同様に傾向が見られる。

働きかけの領域については、感情領域に働きかけられていると思われる文献が8割と多く、これは看護者が家族の思いや考えを知ることで、家族への援助を考える機会としているのではないと思われる。カルガリーの家族看護介入によれば一般的に認知領域に働きかけることが最も変化を促しやすいとされているが、認知領域への働きかけはわずかに9件とその割合は1割にも満たない。このことから日本で家族に対して援助を行おうと考えた時、その対象となる家族の気持ちに近づく、あるいは知るということが主流になっているのではないと思われる。日本における医療者と患者・家族の関係は一般的に医療者が患者の上に立つといった上下関係があるため患者は医療者に治してもらう存在だという認識があり、そのため患者・家族が医療者に対して意見をいうような姿勢はあまり見られない。そこで家族に援助をしようと考えた時、対象が何を考えどのようなニーズを持っているのかということは看護者が知りたいと思い、また家族の思いを知った時にどのような援助を行ったか、そこから学ぶべきことは何だったのかを研究としてまとめる傾向があったのではないと思われる。しかしながら感情領域への働きかけと

は本来、対象の感情の表出を意図的に図るものであり、そうすることで対象にどのような変化があったのか、それは期待する結果と比較してどうだったかと自らの援助の効果を評価していくことができるものである。今回の研究の結果では感情の表出を図ったことが援助としてよい結果を導いたというような記述はあったものの、その援助は意図的に対象の変化を期待して行われたものではなかったために、評価までは至っていないものがほとんどだった。

森の研究では、それまでの研究は病児の家族の特性を明らかにするものや病児を持つ家族へのかかわりの検討にとどまっており、家族への看護方法の開発のため研究はほとんどない状態であったと報告されている。しかし今回の研究では家族への援助を行うために対象を知る・あるいは対象のニーズを知る調査や事例の振り返りによって援助の方法が検討されている。しかしながら、その援助の効果や援助方法について研究している文献はない。今後はどのような状況でどんな援助を行うことが効果的かを明確にする研究と、その援助の効果を確かなものにしていく研究が必要と考える。

2 第二段階

1) ショック

この段階の援助は、ショックを受け悲嘆の感情を表している家族に対して看護者は受容的な態度で接し、寄り添い、支えとなるような援助をする必要がある。多くの場合母親は泣くなど何らかの情緒的反応を示すが、父親はその母親を擁護する立場にあるために情緒的反応を内向してしまいこれが受容を遅らす原因になる。そこで両親ともに感情の表出ができるような環境を作ることが必要だと考える。そのための具体的な方法として交換ノートの実施などは家族の感情表出を促すあるいは心理状態を把握するのに効果を発揮していたようだった。この段階の感情の表出が次の段階へ移行するきっかけとなるわけだが、この感情表出は必ずしも医療者の前で起こるわけではない。つまり家族内で感情表出する場があれば次の段階に移行することは可能なのである。そのため看護者は家族内のコミュニケーションがうまく機能しているかを情報として持っていなければならない。夫婦関係の良否、家族の中のキーパーソンなどを対象の基礎データとして把握しておくことが望ましい。またこの段階で両親の状態から、可能で

あればタッチングなど早期から行っていくことが受容を促す援助として効果を発揮するという報告があったが、ショックと共に次の段階の否認の感情が現れていることがあり、この時期に無理に子どもとの接触を図ることは受容を妨げることにもなる。看護師は両親の初回対面時の反応から子どもとの接触を図る時期を十分見極めなければならない。

出生前診断による告知が出生後ショックの段階でパニックを起こさずにすんだという事例¹⁵⁾の報告があったが、これは必ずしもこのような結果につながるとは考えにくく、告知後の十分な精神的な援助があつてこそ効果を発揮するものであると言える。出生前診断による告知が子どもの健康障害の受容にどのような効果があるのか今後十分に検討していく必要があると考えた。ショックの段階にある家族は医師から説明を受けた時のことを余り覚えていないことが多いという。そこで後からでもその状況が理解できるようパンフレットなど、紙面にして渡せるような工夫も効果的と思われる。

2) 否認

否認の段階における援助で重要なことは、家族の感情の表出を図ることと子どもとの接触・面会などを無理強いしないことである。この段階の両親は現実起こっている自分の子どもの健康障害という事実から目をそらし、自己防衛的な反応を示していると言える。それゆえに現実を目を向けさせるような、子どもとの面会を勧める、接触を図る、疾患の説明を繰り返すという援助は避けなければならない。感情の表出を図るために交換ノートを実施したことはこの段階でも効果的であったという。また家族の気持ちに近付き受容的な態度で接することはこの段階でも重要な援助の一つである。

「奇形児を持つ両親は恨みと怒りがある。看護師・小児科医・産科医は、それらを自分たちに向けられることがあるので、それらの存在を理解しておく必要がある」とソルニットらは述べている¹⁾。このことが理解できなかったために両親との心の壁を作ってしまう関わりも次第になくなってしまった、という事例¹²⁾があった。両親が医療者に敵意を持って接してきている場合、どのような援助が最も適切かは今後研究が必要な分野であると思われるが、両親の心理的状況を考慮し受容的な態度で接していくということはこの段階に援助としての基本になるのではないと思われる。

3) 怒りと悲しみ

この段階での援助は、感情の表出を図る、悲しみや不安の感情は自然な感情として受け止める、子どもとの接触の機会を持つ、親役割を果たしていることを伝えていくなど、否認の段階と同様に感情の表出を図り受容的な態度で接することを中心に、子どもとの接触を促していったり、不安や心配事に対して相談相手となるという援助が適していると思われる。第二段階同様、怒りの感情を医療者に対して向けてくる両親に対してはそのことを看護師が十分理解し、対応していく必要がある。ここで否認の段階と大きく異なる点は、子どもとの接触の機会を持つということである。この段階では、「どうしてこのような子どもを生んでしまったのだろう」という悲しみとともに子どもの将来に対する不安や心配事に目が向くようになる時期である。この時期に子供と接触の機会を増やしていくことで育児を通して子供の理解を深めていくことで不安が解消されるということもあるのではないかと考えることができる。もちろん子どもと接することで出てきた不安については看護師が傾聴し対処していくことが大切である。

次の段階に移行するきっかけとなった要因については述べられていなかったが、このように感情の表出を十分に図り、不安を解消していくことや子どもとの接触を次第に促していくことが移行のきっかけや援助となっているのではないかと考えた。さらに悲しみから子どもの状態を否定的に考えていた両親に対してそれを肯定的に捕らえられるよう助言した援助などは適応の段階へ進むのに重要な契機となったのではないと思われる。

4) 適応

この段階では、次第に現実を吟味し始める時期にあるので、同一疾患を持つ母子の紹介や親の会を紹介する、積極的に育児参加を促すなど積極的に働きかけを行うことが中心となる援助である。しかしこの時期にあっても両親は精神的には不安定な状態が続くので、一方で育児参加を促すような援助を行いながら、もう一方ではやはり両親の感情表出や不安・心配事などを傾聴するような受容的な態度で接することが重要になってくるのではないと思う。また育児参加が始まると母親への負担が大きくなるため、父親あるいは拡大家族への働きかけを行い母親の育児負担の軽減を図るような援助も必要である。

5) 再 起

この段階での援助は、両親が健康障害を持ちながらも生きていくわが子を育てていこうと考える時期なので、援助も退院・家庭での生活に向けた育児指導や患児に必要な技術の指導などが中心なる。そして適応の段階に引き続き両親に育児参加を積極的に促し、愛着の形成や母子関係・父子関係の確立を目標に働きかける援助が適していると思われる。さらに退院後の外来・地域でのフォローの依頼など、環境の調節を図ることの重要になってくる。

再起に至るきっかけとなった要因については、母親やその家族の持つ価値観や問題解決能力などの内的因子や、その家族を取り巻く環境などの外的因子によるところが大きいように思う。再起の段階での援助について述べている文献は少なく、これは再起の段階では家族の持つ内的・外的因子によって生活の再構成や調節といった行動ができるようになる時期になるため看護師も援助を直接行わず、対象の行動を見守るという立場におきかえているものが多かったように思う。つまり再起の段階においては対象となる家族自身が自分達の持つ内的・外的因子を活用し、それを家族システムの力として対処行動を取ることができるので、看護師もそれを見守るという立場を取っていくことが一つの援助であってこの時

期に行う援助として適したものであると考える。

V. 結 論

1 第一段階

- 1) 1980年代から1990年代にかけての5年間に比較して論文数が倍増している事から、看護師の家族看護に対する認識の変化がうかがえる。
- 2) 小児看護領域において家族は資源としてより、援助の対象と見なされる傾向が顕著になってきている。
- 3) 援助は感情領域への働きかけが主流となっているが、それは意図的に行われたものではないために、評価が十分になされていない。

2 第二段階

- 1) ショック・否認・悲しみと怒りの段階においては最も重要な看護師の援助は感情の表出を図ることである。
- 2) 適応・再起の段階においては家族が自分達の力で危機を乗り越える時期にあるため、看護師の援助が直接受容を進めるきっかけとはなっていない。ショック・否認・悲しみと怒りの段階での関わりが受容過程を順調に進めることにつながっている。

参考文献

- 1) Klaus&Kennel著、竹内 徹訳：親と子のきずな、医学書院、1994.
- 2) 森山美知子：家族看護モデル アセスメントと援助の手引き、医学書院、1995.
- 3) 森恵美：日本の母子看護領域における家族看護学研究的動向、看護研究、Vol.27, No.2-3, P129-134, 1994.
- 4) Lorraine M.Wright Maureen Leahey：Nurses and Families, F.A.Davis Company, 1994.
- 5) 木村美恵子：外表奇形児を出産した母親への援助 早期告知と受容への段階、奈良県立三室病院看護学雑誌, 9, 119-122, 1993.
- 6) 夏井あゆみ：多発性外表奇形児家族への援助を試みて、日本看護協会北海道・東北地区看護研究会集録, 78-79, 1993.
- 7) 中村美保：手術を要する先天性疾患患者の母親の疾病受容過程 (1) 鎖肛患児について、日本看護科学会誌, 14 (1), 96-97, 1994.
- 8) 木下万規子：NICUに入院した児を持つ母親の不安の経時的変化、日本小児看護研究会誌, 3 (2), 10-16, 1994.
- 9) 小山道子：未熟児や障害児を出生した家族への援助 精神看護を学ぶ 患者の「こころ」の働きを理解して看護に生かすために、臨床看護, 20 (6), 926-934 1994.
- 10) 宮中文子：ハイリスク新生児を出産した母親の危機回復と父親との関連 (2) 父母間の関連, 小児保健研究, 53 (5), 642-646, 1994.
- 11) 小松恵子：外表奇形を持つ両親の心理過程の分析、看護の研究, 26, 542-544, 1994.
- 12) 佐々木みゆき他：中枢神経系奇形児をもつ両親へのかかわり 治療を望まなかった二事例を通して (調査・研

- 究・報告), Neonatal Care, 7 (11), 978-982, 1994.
- 13) 齊藤ゆかり: ダウン症児であるために先天性心疾患手術を拒否する両親への援助, 北里大学病院看護部看護研究発表会集録, 18, 176-179, 1994.
 - 14) 北野市子: 障害の受容と言語訓練期の患児・家族への援助 (「ことば」に障害のあるこどものケア), 小児看護, 17 (1), 72-75 1994.
 - 15) 酒井紀子: 18トリソミーの児を持った家族への援助 入院から死亡後8か月までのフォローアップを通して, 神奈川県立こども医療センター看護研究会看護研究集録, 20, 67-72, 1995.
 - 16) 西野廣子: 超低出生体重児の両親への援助 (超定出生体重児のための看護技術), Neonatal Care, 8 (6), 501-505, 1995.
 - 17) 酒井志津子他: 障害児を出産した母親への看護 母親の心理過程を通しての援助, Neonatal Care, 8 (10), 777-781, 1995.
 - 18) 藤井千加子: CAPD患児の受け入れが困難であった家族への援助 (小児のPD療法 そのQOLに向けた援助活動), 小児看護, 18 (13), 1722-1726, 1995.
 - 19) 川村登志江他: ダウン症児の受け入れを拒否する母親とその家族への援助 難病看護研究会報告集, 16, 68-71, 1995.
 - 20) 要海奈緒子: CAPD療法導入における受容の過程の心理過程と看護の役割 (小児のPD療法 そのQOLに向けた援助活動), 小児看護, 18 (13), 1692-1696, 1995.
 - 21) 杉田穂子: 障害児をもつ親の障害受容を考える 境界線級発達遅滞児の両親の一事例をとおして, 京都国際社会福祉センター紀要 発達・療育研究, 12, 17-30, 1996.
 - 22) 長沢弥生他: 先天異常児 (18トリソミー症候群) を持った家族への援助について 母親の心理的变化を通して (調査・研究・報告), Neonatal Care, 9 (6), 498-504 1996.
 - 23) 小竹慶子他: 心疾患児と超低出生体重児の両親への精神的援助に関する一考 フィンクの危機モデルによる心理的变化の比較を通して (調査・研究・報告), Neonatal Care, 9 (10), 891-897, 1996.
 - 24) 工藤洋子他: 外表奇形を伴った早産低出生体重児の母親への援助 初回面会時のショックから再起するまでの過程, 小児看護, 19 (7), 900-901, 1996.
 - 25) 杉本陽子: 家族への対応, 母親に対するアプローチ (子どもを受け入れることが困難な家族へのアプローチと援助), 小児看護, 20 (12), 1656-1661, 1997.