原 著

クリティカルケア看護師の侵襲的治療を受ける意思表示が 困難な患者の cue の理解と看護アセスメント

Understanding Cues from Critically Ill Patients who cannot Easily Express
their Treatment Wishes and Critical Care Nurse Assessment

山田奈津子¹⁾ 佐々木吉子²⁾ 井上智子³⁾

Natsuko Yamada Yoshiko Sasaki Tomoko Inoue

本研究は、侵襲的治療を受ける意思表示の困難な患者が他者へ意思やケアのニーズを伝えるために意識的、無意識的に発する合図である cue を看護師がどのように捉え、読み取り、看護支援に繋げていくかを明らかにすることを目的とした。集中治療室および救命病棟に入室中の意思表示の困難な患者に関わった看護師 16 名に参加観察および半構造化面接を行い、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチに基づき分析した。結果、患者の cue の理解と看護アセスメントを示す《cue を捉える》《cue を読み解く》《ケアを創り出す》とその基盤となる《cue への感受性を高める》4 側面を形成した。クリティカルケア看護師は、患者を中心に据え、自らの持つ患者の cue への感受性を土台にして、cue を捉え、その cue を読み解き、ニーズに応じたケアを創り出していた。また、この患者の cue の理解と看護アセスメントは、幾度も繰り返される中で、看護師は、患者を意思ある存在とし最大限に尊重する認識を深める。そして、その技術や知識を駆使し、読み取りを練磨することで、cue への感受性を高めることに繋がっていた。

キーワード：cue, クリティカルケア看護師, 患者のニーズ

Key Words: cue, critical care nurse, patients' needs

I. はじめに

今日、医療技術の進歩や新たな治療法の導入によって先端技術を駆使した高度医療が施される機会が増加している。これらの治療は生命維持に必要な医療であるが、患者は重篤な病態に加え、身体に取り付けられた機器や鎮静剤を投与されることによって、十分な意思表示が困難となっている場合が多い¹⁾。

しかし、表情が乏しく一見何も感じていないかのように見える集中治療室の患者も、実は不快や痛みがあり、騒音、プライバシーの欠如、恐怖や孤独などを感じている²⁾。また、このような思いがありながらも、

それが満たされない経験は、患者に否定的な感覚をもたらすこと³⁾、そして、それらは看護ケア次第で緩和されたり増強すること⁴⁾が報告されている。

母子間においては、言葉によって意思表示ができない乳児の非言語的反応の cue を合図として母親が読み取ることで、母子相互作用が促進されること⁵⁾が分かっているが、クリティカルケア看護師もまた、意思表示が困難な重症患者の個々の思いやニーズを把握するために、患者の非言語的な合図を読み応答している。すなわち、看護師は、患者の表情のわずかな変化や上下肢の動き、バイタルサインやモニターの値の変動などを合図として読み取り、看護アセスメントを行っていると考えるが、その実態は明らかにされていない。

そこで本研究では侵襲的治療を受ける意思表示が困難な患者の cue を看護師がどのように捉え、読み取り、看護支援に繋げているのかを明らかにすることを目的とした。

Ⅱ. 用語の定義

意思表示が困難な患者の cue：身体動作や表情ならびに血圧や脈拍などのバイタルサインなど、意思表示の困難な重症患者が他者へ意思やケアのニーズを伝えるために意識的、無意識的に発する合図。

Ⅲ. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は質的帰納的研究である。明らかにする現象は、看護師の侵襲的治療を受ける意思表示が困難な患者の cue の理解と看護アセスメントである。分析の焦点はクリティカルケア看護師が何を cue として捉え、どのように患者の cue を読み取り、必要なケアを選択して日々の看護実践へ繋げているのかということである。看護師が侵襲的治療を受ける意思表示が困難な患者の cue を読み取り看護支援に繋げていく現象は、プロセスの特性を持つことから、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチの手法^{6),7)}を採用した。

2. 研究対象者

関東圏内の総合病院の集中治療室および救命病棟において、意思表示が困難な患者にケアを行っている看護師。本研究への同意が得られた者で年齢、経験年数、性別は問わないものとした。なお、研究対象者のケア場面において、患者は視界に入る存在であるが、研究者が患者に直接話しかけることや患者を対象としたデータ収集や分析は行わないものとした。

3. 調査期間

平成 23 年 7 月～平成 23 年 10 月

4. 調査方法及び調査内容

1) 参加観察：集中治療室及び救命病棟に入室中の意思表示が困難な患者に対して、対象看護師が関わる場面（看護師による清拭、体位変換、バイタルサイン測定、吸引や経皮的な心肺補助装置、大動脈内バルー

ンパンピング、持続的血液濾過透析や気管挿管、人工呼吸管理などを含む医療処置の場面）を継続して観察した。その際、看護師が患者に接するのがよく見える位置で観察を行った。なお、参加観察者が状況に影響を及ぼさないようにするため「参加者としての観察者」⁸⁾の立場をとった。

2) 半構造化面接：面接は参加観察で得られたデータに基づいて行った。処置やケアの場面で看護師が行ったケアの根拠などをインタビューし、参加観察時に研究者が感じた事の確認や日頃から対象者が実践している患者の意思の読み取りの内容や方法、読み取りを容易にする工夫などをできるだけ自由に語ってもらった。

5. 分析方法

分析方法は修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチの手法に準じた。分析焦点者は侵襲的治療を受ける意思表示が困難な患者に関わるクリティカルケア看護師とし、分析テーマはクリティカルケア看護師が何を cue として捉え、どのように患者の cue を読み取り、必要なケアを選択して日々の看護実践へ繋げているか明示することとした。概念生成時には、分析ワークシートを作成して行った。分析テーマに関連した逐語録の内容に着目し、注目した箇所を 1 つの具体例として、バリエーション欄に記入し、この語りの解釈を理論的メモ欄に記入した。次に解釈からこの概念を定義し、定義にあてはまる概念名を各欄に記入した。逐語の内容から、概念の定義に当てはまるものは、随時バリエーションに追加記入し分析を進め、新たに着目した箇所があれば、さらに概念の生成を行うという形で分析を進めた。それぞれの概念については、類似例だけでなく対極例がないか継続的に比較し、必要に応じて再定義、再命名、具体例の仕分けを繰り返し生成した。そして、複数の概念間の関係性を 1 つずつ検討し、複数の概念からなるカテゴリーを生成した。次に複数のカテゴリー間関係を統合し、看護アセスメントの側面を生成し、対象である事象の説明とそれを説明する関係図を作成した。また、全分析過程において、質的研究の専門家のスーパーバイズを受け、分析内容の適切性の確保に努めた。

6. 研究対象者への倫理的配慮

研究者の所属施設の倫理審査委員会と研究実施施

設の看護部研究審査会による審査の承認を得て実施した。研究対象者には、研究主旨、研究参加辞退の自由、データの内容の秘匿性について説明し、自由な意思選択のもと同意書に署名を得た。

Ⅳ. 結果

1. 研究参加者の概要

研究対象者のうち参加に至ったのは 16 名で女性 15 名と男性 1 名であった。年齢は平均 33.9 歳 (23 歳～46 歳)、看護師経験は平均 12.7 年 (2～25 年)、集中治療室または救命病棟での経験年数が平均 4.2 年 (1～11 年) であった。(表 1)

表 1 対象者の概要

ID	性別	年齢	看護師 経験年数	集中治療室 経験年数	救命病棟 経験年数
A	女	23	3	3	0
B	女	24	2	2	0
C	男	26	6	1	5
D	女	26	5	0	5
E	女	28	8	1	0
F	女	28	8	0	3
G	女	29	9	1	5
H	女	35	14	3	7
I	女	35	14	※	※
J	女	36	14	3	2
K	女	39	13	6	7
L	女	42	18	0	3
M	女	42	21	11	5
N	女	44	23	3	2
O	女	46	25	0	6
P	女	※	18	0	6
平均		33.9	12.7	4.2	

※無回答

2. 参加観察の概要

参加者への総観察日数は 43 日間で、総観察場面は 48 場面であった。フィールドノーツは A 4 判用紙で 48 枚であった。

3. 面接の概要

参加者 16 名に半構造化面接を行った。面接時間は平均 75 分で総計 1,210 分、逐語録は 151,405 文字であった。

4. 分析結果

分析結果より 19 個の概念から 8 個のカテゴリーが導き出された。各カテゴリーは《cue を捉える》《cue を読み解く》《ケアを創り出す》という患者の cue の理解と看護アセスメントを示す 3 側面と、その基盤となる《cue への感受性を高める》の 1 側面の計 4 側面を形成した。意思表示が困難な患者の cue の理解と看護アセスメントの概念とカテゴリーとの関係を表 2 に示した。

以下に、側面ごとに、カテゴリーに沿って説明する。なお文中の《 》は側面、【 】はカテゴリー、「 」斜体は参加者が実際に述べた語りを示す。

1) 《cue を捉える》

(1) 【訴えに気づく】

看護師は意思表示が困難な患者について、全身状態および装着されている医療機器などを踏まえて、患者に現れた表情や体の動きや症状などが、病状や侵襲的治療を受けることに伴う何らかの訴えであると気づいていた。

「(吸引とかケアとか苦痛だから) 嫌なんでしょうね。左手がでるってことは。(中略) 意思表示できなければそれは身体しかないですね。眼もありますけど手もありますけど。彼から出るものですよ。出血、分泌液、うんちでも、眼脂でも、痰でも。そういうのもサインですよ。(人工呼吸器管理中のため) 言えなかったらいっぱいあります。(P氏)」

(2) 【ケアの希求】

患者の cue は患者が全身で発しているケアの希求と捉え、身体状況の把握と同時に、目や口、指先などのわずかな動きや反応とモニターなどのバイタルサインから、看護師は、患者の声にならない様々な思いや苦痛を察知し、ケアを求める患者のメッセージと捉えていた。「多分、(肋骨骨折し、人工呼吸器管理中のため) 声には出さないけど、目は口ほどにものを言う、眼で表情とか、今苦しいんだよねって、眼で会話をしているのかもしれない。そうだよって言ってもくれないから、でもきっと私は眼で苦しいんだよって捉えて、苦しんだねってしゃべっているのかもしれないですね。(中略) 血圧も上がる子だったので、すぐ痛いって言葉(言葉のように血圧の変化)を発してくれたので。(J氏)」

2) 《cue を読み解く》

(1) 【顕在・潜在的ニードを推測する】

患者のわずかな表情やバイタルサインの変化から、

表2 意思表示が困難な患者の cue の理解と看護アセスメント

側面	カテゴリー	概念
cue を捉える	訴えに気づく	目や口、指先などのわずかな動きや刺激によって起こる些細な反応またはデータの指標は患者の限られた表現 わずかな動きや反応は患者の思いを理解する手がかり
	ケアの希求	重篤な患者のわずかな動きや反応を通して表される病状や思いのメッセージ 重篤な患者自身が発するニーズや援助を欲し身体全体で訴える言葉にならない声
cue を読み解く	顕在・潜在的ニードを推測する	患者の表情やバイタルサインから患者の苦痛や安楽を推測する 得られた情報や処置による患者の反応や症状を予測する
	五感を用いて確認する	声かけや刺激を与え患者の反応を探し出す モニターの変化やアラーム音で察知した患者の変化や異常を自らの五感を通して検証する 患者の家族や特別な人に示す反応を読み取る
	潜在的ニードを掘り起こす	患者の状況を自分自身や身近な人に置き換え潜在的ニードを掘り起こす 重篤な患者のわずかな動きと身体状況を照らし合わせて患者の思いとして言い換える 得られた情報から患者の身体状況について絞り込んでいく
ケアを創り出す	ケアの方向性を創る	処置に対する患者の反応からケアのタイミングを見計らう 患者の身体状況の推移や経過を医師に伝え薬剤投与など処置が施されるように膳立てる
cue への感受性を高める	患者を意思ある存在として尊重する	重篤な患者は侵襲的治療によって何らかの苦痛を感じている存在としてみなす 侵襲的治療を受ける重篤な患者の回復のイメージから日常生活の再獲得について見通す
	読み取りの練磨により感受性を高める	経験に培われた感覚を頼りに患者の思いに近づくため自問自答する わずかな動きからでも患者の感覚や思いに沿うことで患者の関心を高める 患者のわずかな動きや反応を繰り返し確認し患者の思いに沿う経験を積み重ねる

患者の病態の経過や医療処置に伴う苦痛の増強などを予測し、患者に今後必要とされるものを推測していた。「しゃべるように口が動く時と、なんか苦しいか気持ち悪いかわからないけど、ペーペー唾液みたいの出す時があるんです。おなかもパンパン、便としてはほとんど出ていない状態で体もお腹の中もむくんで、動いていない。(中略) 痛いのはわかるんですよ。ただ血圧が。先生たちは生命に関わるので、(鎮痛剤で) 痛みとるのはわかるけど、(持続的血液濾過透析中で) バイタル崩すんじゃ (鎮痛剤) 使ってもって……って。苦しそうにしていたんで、なんか使ってあげてもいいんじゃないか。どう考えても辛い。常に見ている分、そういうの (苦痛) とってって (C氏)」

(2) 【五感を用いて確認する】

看護師はモニターや検査値などから潜在的ニードを感じつつも、患者の表情が乏しい時や確信が得られない時は、声かけや身体的な刺激を加えて患者の反応を引き出そうと、自らの五感を用いて患者の思いを確認していた。

「(緊急で搬送された経皮的心肺補助装置の管理を必要とする患者を受け持ち、ほとんど情報がない中で) 少しでもその人全体を知ろう、把握しようって思ったら、やっぱり自分で得るしかないですね。自分の眼で見て聞いて感じるっていうのが自分のスタンスなので。自分の眼で見て、患者に話しかけて、なんかもらった

ものの方が、この人こういう感じなのかなっていうのがあれば、じゃあこういう風にしようって。(O氏)」

(3) 【潜在的ニードを掘り起こす】

患者の様々な思いを察知し確認することによって、看護師がわずかな動きや反応を身体状況に照らし合わせたり、自分自身や身近な人に置き換えるなどして思いを判断し、患者に必要とされるものを掘り起こしていた。

「(人工呼吸器装着中、経皮的心肺補助装置管理中のため) 意思表示ができない人、ICUに入る人には自分だったらって置き換えていることが多いかもしれませんが (中略) 急に状態悪くなった人とかは、やっぱり元気になった時、普通に戻りたいじゃないですか。障害が残るのではなく、今、やれること何かなって。(循環管理している中でも) 拘縮予防してあげたいし、褥創つくるのも、肺炎も、早く抜管できるように。(K氏)」

3) 《ケアを創り出す》

【ケアの方向性を創る】

看護師は cue に着目することで、患者が抱く思いや必要としているケアを認識し、患者各々のニーズに応じてケアの方向性を示していた。すなわち、患者にとって最適な処置やケアのタイミングを見計らい、医師がみるができない身体状況の推移や経過について伝え、薬剤投与や処置や検査が施されるようにケアを創り出していた。

「(人工呼吸器管理、薬剤による循環管理中のため) 常になんかあの苦痛じゃないですか。(その上) ブロスコされたりトロッカー入れ直すとか、また苦痛が発生する。でも苦痛な処置があって、処置中しんどいから、ちゃんと鎮静、鎮痛かけてもらえるよう先生に指示を仰いで本当に苦痛をないようにして、処置してもらって、落ち着くまでそばにいて観察して、そこで処置が終わって、彼も、ちょっと一段落かなっていう評価して、自分は他のケアに回ったりしますね。(J氏)」

4) 《cue への感受性を高める》

(1) 【患者を意思ある存在として尊重する】

看護師は意思表示が困難な患者に対して、重篤な病態や必要とされる治療により苦痛を感じながらも、限られた身体動作でしか意思を表現できない状況であることを認識し、最大限に尊重されるべき存在であると捉えていた。

「どう考えても辛い。先生はたまに表情見て考えてくれるとか、ただそんな中でもやっぱり、『しょうがないって』言われちゃうと一番困っちゃう。しょうがないならしょうがないなりに、なんかやってあげてもいいのかなって。(C氏)」

「PCPS (Percutaneous Cardio Pulmonary support; 経皮的心肺補助装置) ついてる人とか、元気になってほしいって元気になると思ってやっているんで、確かにこっちから下は (PCPS による循環管理により、循環動態の変動があることやカニューレが挿入されているため) 何もできないかもしれない。でも、回復してい

くこと考えたら、顔に外傷あった時、元気になった時、目立っちゃうから、少し洗ってガーゼ変えて、見える範囲だけでも。(うちの人は特に状態が悪い場合、経皮的な心肺補助装置や人工呼吸器の機器などが近くにあると怖くてなかなか患者さんに近づけないから) うちのの人にも (一緒に) どうぞって言って、傍にいて手をさすってもらえるように。こうやって、こっちさすってあげてって。(K氏)」

(2) 【読み取りの練磨により感受性を高める】

看護師は経験に培われた感覚を頼りに cue を捉え、自問自答しながらも読み取りを繰り返す行うことで、感覚を鋭くさせていた。そして常に患者へ関心を持ち、患者の身体状況を踏まえた思いやニーズを把握するための感受性を高めていた。

「患者さんはこういう思い、家族はこういう思い、だから私達はどうかケアをしていくか考えていかないとはいけない。自分が知った情報はそういう思いだって、ああいう思いだってわかれば、アプローチの仕方も変わってくる。私たちの見方が、もうちょっと歩み寄れるだろうし、自分では力がないし、それを補うために、日々やっていくしかないですね (O氏)」

5. 意思表示が困難な患者の cue の理解と看護アセスメントを構成するカテゴリーの特性による側面間の関係

前述した 8 つのカテゴリーは図 1 に示すように《cue を捉える》《cue を読み解く》《ケアを創り出す》とい

図 1 意思表示が困難な患者の cue の理解と看護アセスメントの関係図

う患者の cue の理解と看護アセスメントの3側面と、これらの基盤へとつながる《cue への感受性を高める》を形成した。

クリティカルケア看護師は、患者を中心に据え、自らの持つ患者の cue への感受性を土台として、わずかな動きや反応から、患者の訴えやケアの希求に気づき cue を捉えていた。そしてその cue から顕在・潜在的ニードを推測し、自らの五感を用いて確認し、さらなる潜在的ニードを患者から掘り起こすことで cue を読み解いていた。これらによって、患者のニーズに応じたケアを創り出していた。この cue の理解と看護アセスメントは、各側面が段階を経て患者を取り囲み、幾度も繰り返され、患者を意思ある存在として最大限に尊重する認識を深めていた。さらに看護師は技術や知識を駆使して日々患者に向かい合い、読み取りを練磨することで cue への感受性を高めることに繋げていた。

V. 考察

本研究の結果より、クリティカルケア看護師が意思表示の困難な患者の cue に着目して、秘められた思いやニードを読み解き、ケアを創り出すまでの cue の理解と看護アセスメントを行っていることが見出された。さらに、このプロセスを繰り返す中で、看護師自身が患者の思いやニードを読み取るための感受性を高めていることが示された。

1. 看護師の暗黙知としての意思表示が困難な患者の cue の理解と看護アセスメント

患者の cue の読み取りは看護師個人の経験として内在し、現場で言語化され共有されることは少ない。そのため、クリティカルケア看護師が意思表示の困難な患者の発する合図の内容や、それに対して行ったケアは、経過記録や患者の記憶にもほとんど残らず、一方通行で自己満足のケアにすぎないと語られてきた。このように、クリティカルケア看護師が意思表示の困難な患者の cue を読み取ることは、看護師の一人一人の経験の中で培われた暗黙知であるが、それがいかにして看護実践につなげられているかのプロセスは明らかではなかった。しかし、本研究によってクリティカルケア看護師が患者の cue からニードを捉え、ケアへ繋げるプロセスが示されるとともに、これは看護師の重要な臨床スキルであることが明示された。

患者のわずかな動きや反応を捉えるには、それを捉えようとする看護師の意識と鋭敏な感覚、そして異常を判断できるための知識と技術が必要とされる。ベナーは「感覚的な気づきこそが良い看護判断の中心である。⁹⁾」と述べており、看護師が患者の病態のわずかな変化に基づいて、病状の悪化を予期することの重要性を示している。また、患者の状態を的確に察知し判断するアセスメント能力は、患者の状態を示す徴候の集積によって、問題を見通した看護実践を可能にするとされ、臨床判断に必要な能力^{10), 11)}とされている。これらは主に症状の読み取りについて言及されているが、クリティカルケア看護師は、さらに患者の意思やニードに着目し、観察技術を高めている。すなわち、患者のわずかな動きや反応、バイタルサインなどから声にならない患者の声に気づき、それを患者が発するケアの希求のメッセージとして感受し、様々な徴候の情報を得ていると推察される。そして、これらの cue の集積によって、患者の情報を選択、統合し、患者の思いを解釈することで、患者のニードを読み解きケアを創り出している。本研究はクリティカルケア看護師が侵襲的治療を受ける意思表示が困難な患者とのやり取りの中で行われるプロセスを解明したものであり、看護実践の質を向上し、専門性を高めることにつながると考える。

意思表示が困難な患者の cue に着目した看護アセスメントの能力は、緊張が強いられる医療環境の中で、クリティカルケア看護師が自身の十分な知識や技術を使い、意思表示が困難な患者に適切に対処しようとする中で備わるものである。そして、患者の cue を捉え、読み解くためには、看護師の観察技術のみならず、それを行おうとする認識との融合が必要とされる。さらに、患者の cue の理解と看護アセスメントには看護師側の感受性が必要であり、これをなくしては看護実践に必要な専門的知識や技術を持ち得ても、能力を十分に発揮することはできない。

Flin ら¹²⁾は、業務に直結した専門知識や技量をテクニカルスキルとし、そのテクニカルスキルを補う認知的、社会的、そして個人的なリソースとしてのスキルをノンテクニカルスキルと定義している。これらのスキルは急性期医療の中でヒューマンエラーを避け、安全を確保していくため現場スタッフが持つべき日常の中で活用されるスキルであるとされている。本研究で明らかになった、患者の cue の理解と看護アセス

ントはノンテクニカルスキルの構成要素である状況認識とテクニカルスキルの観察技術を併せ持つ臨床のスキルといえる。すなわち、患者の cue の理解と看護アセスメントには、観察技術や判断の向上のみならず、日々の看護実践の中で培われた患者の cue の理解を精錬し、cue を読み取り、ケアへ繋げていくノンテクニカルスキルの習熟が必要である。

2. 患者の cue の理解と看護アセスメントの重要性

看護の枠組みを基盤として、人間のニーズを身体的、心理的、社会を前提として、医学実践とは異なる看護の役割と機能の明確化が図られている¹³⁾。そのため看護は人間のニーズを充足する責任があるという共通の考えに貫かれたものとして展開されている。

重症患者にとって最も重要な心理社会的なニーズは、安心感を得ること¹⁴⁾だが、侵襲的治療を受ける患者は回復過程やその後に抑うつ感や不安感を抱き、心的外傷後ストレス障害の重大な問題を引き起こしている事が指摘^{15), 16)}されており、生命維持の治療を受けている時こそ、身体的および精神的なケアを必要としている。侵襲的治療を受ける意思表示が困難な患者のニーズを読み取ることは容易なことではなく、看護師が行ったことを可視化することは難しい。しかし、実際には、看護師は患者に潜在するニーズにいち早く気がつき、個々で応答していた。

侵襲的治療を受ける意思表示が困難な患者は高度侵襲により健康状態が極めて悪化、あるいは悪化の危険性が高く重症または緊急性のため集中治療を要し、患者は危機的な状態や状況の非日常への適応を余儀なくされる。母子間での cue の読み取りは両者の日常のやり取りの中で相互に明瞭な cue を送り、cue に反応し乳幼児の不快感を軽減し、療養者は発達と学習の機会を提供する。しかし相互の明瞭な cue を出し、反応することができないと相互作用の適合過程を妨げることとなる。侵襲的治療を受ける意思表示が困難な患者のほとんどは不明瞭な cue を示しており、cue として捉えることも難しい。Morse¹⁷⁾ は一般に苦しんでいる患者が示す行動パターンを認識でき、それらを用いて、治療的介入につなげることは、高度な看護技術であると述べている。クリティカルケアの間では非日常の中で日常性を取り戻していく過程にある患者の cue の読み取りとなるため、より高度な看護技術が必要となる。

本研究は cue の理解と看護アセスメントのプロセス

を示すことでクリティカルケア看護師と患者間の連続した相互作用が個々の看護師—患者間の関係性を形成し、さらに発展させることでタイムリーな看護実践へ結び付けていくことが可能となる。

患者特性と看護師の臨床判断やケアリング、多様性の理解などの能力が適切に組み合わせられることによって、患者や家族、看護師、システムに最良のアウトカムが導かれると言われている^{18), 19)}。クリティカルケアの場面においても、意思表示が困難な患者の cue を看護師が読み取り患者の意思やニーズを把握することで重篤な患者と看護師の相互作用が促進され、患者の回復促進に寄与している。意思表示が困難な患者の cue を理解する看護師の能力が発揮されれば、患者や家族にとってより肯定的なアウトカムがもたらされるだろう。

侵襲的治療を受ける意思表示が困難な患者に対して、看護師が日々のニーズに沿ったケアを行うことで、起こった症状に着目した実践だけではなく、予防的視点の中で重症患者のヘルスニーズに着目した早期ケア介入への実践を見出すことが可能となり、症状や苦痛の緩和を図ることができる。このことから身体的および精神的な問題の予防が可能となり、患者の QOL を高めることにもつながると考える。

3. cue の理解と看護アセスメントを高めるために

本研究において、看護師は患者の cue の理解と看護アセスメントを繰り返すことで、意思表示の困難な患者のニーズを読み取るための感受性を高めていることが明らかになった。

なお、看護師が捉えた cue は自己の感覚や判断に基づくものであるため、客観的確認を得にくい。そこで、カンファレンスなどを積極的に活用し、スタッフ間で読み取った cue の適切性について吟味することで、個人の感性だけでなく、より客観的視点から患者のニーズの読み取ることが可能となり、各自の自信につながると考える。そして、日々のケアの中で患者の cue の理解と看護アセスメントについて言語化し、共有することで、チームとして患者のニーズに沿ったケアを創り出していくことが可能となる。

VI. 結論

患者の cue の理解と看護アセスメントは、クリティカルケア看護師が実践の中で、獲得してきた技術と認

識の融合によってもたらされた臨床のスキルである。しかし、個人の経験の中に内在されたままでは、患者のニーズを把握し、患者のアウトカムの向上へ向けた看護実践につなげることは難しい。今後は、意思表示が困難な患者に対して医療環境の中で合併症の予防と患者の自己認識や理解を助ける積極的な関わりから看護師の独自のケアを確立し、患者を最良の状態に移行できるよう働きかけていく必要がある。

VII. 研究の限界と今後の課題

本研究は1施設で得られたデータ内での分析であり、施設の特異性が影響していると考ええる。今後は対象者を増やし、多施設での調査を行うことが必要である。また、クリティカルな状況にある患者の cue の概念に関しては、適応される対象や現象の範囲などの特性を明らかにし、概念分析を行うなど更なる検討が必要であると考ええる。

謝辞

本研究にご協力くださいました対象看護師の皆様、本研究の遂行に多大なるご理解とご尽力を賜りました、調査実施施設の看護部長、ICU 師長、ICU スタッフ、救命病棟スタッフの皆様、救命救急医師の皆様に心より感謝申し上げます。

文献

- 1) Wangp K, Zhang B, Li C, et al. Qualitative analysis of patients' intensive care experience during mechanical ventilation. J Clin Nurs. 2009 ; 18(2) : 183-90.
- 2) Russell S. An exploratory study of patients' perceptions, memories and experiences of an intensive care unit. J Adv Nurs. 1999 ; 29(4) : 783-91.
- 3) Geary PA, Tringali R, George E. Social support in critically ill adults : A replication. Crit Care Nurs Q. 1997 ; 20(2) : 34-41.
- 4) Granberg A, Engberg IB, Lundberg D. Patients' experience of being critically ill or severely injured and cared for in an intensive care unit in relation to the ICU syndrome. Intensive Crit Care Nurs. 1998 ; 14 : 294-307.
- 5) 大橋優紀子, 廣瀬たい子, 寺本妙子, 他. 出産後の退院前後の時期における早産児のコミュニケーション CUE と母子相互作用 満期産児との比較から. お茶の水看護学雑誌. 2008 ; 3(1) : 16-26.
- 6) 木下康仁. グラウデット・セオリーアプローチの実践—質的研究へ誘い— 第1版. 東京: 弘文堂; 2005. p.25-252.
- 7) 木下康仁. グラウデット・セオリーアプローチ・質的実証研究の再生 第1版. 東京: 弘文堂; 2006. p.177-272.
- 8) James P. 田中美恵子, 麻原きよみ監訳. 参加観察法入門 第1版. 東京: 医学書院; 2010. p.81-93.
- 9) Benner P, 井部俊子監訳. ベナー看護論 新訳版 初心者から達人へ 第1版. 東京: 医学書院; 2005. p.23-26.
- 10) Rosalyn R, Hossein N. Clitical Care cardiovascular nurse expert and novice diagnostic cue utilization. J Adv Nurs. 2002 ; 39(1) : 24-34.
- 11) Hoffman KA, Aitken LM, Duffield C. A comparison of novice and expert nurses' cue collection during clinical decision-making : Verbal protocol analysis. Int J Nurs Stud. 2009 ; 46(10) : 1335-44.
- 12) Rhona Flin, Paul O'Connor, Margaret Crichton. Safety at the sharp end : A guide to non-technical skills. Hampshire : Ashgate ; 2008.
- 13) Gertrude Torres, 横尾京子, 田村やよひ, 高田早苗監訳. 看護理論と看護過程 第1版. 東京: 医学書院; 2004. p.33-40.
- 14) Hupcey JE. Feeling safe : The psychosocial needs of ICU Patients. J Nurs Scholarsh. 2000 ; 32(4) : 361-7.
- 15) Maddox M, Dunn SV, Pretty LE. Psychosocial recovery following ICU experiences and influences upon discharge to the community. Intensive Crit Care Nurs. 2001 ; 17(1) : 6-15.
- 16) Prinjha S, Field K, Rowan K. What patients think about ICU follow-up services : A qualitative study. Crit Care. 2009 ; 13(2) : 1-10.
- 17) Morse JM. Toward a praxis theory of suffering. 2001 ; 15(2) : 130-48. Am J Crit care.
- 18) 卯野木健. AACN synergy model for patient care とはいよりよい看護実践と CNSに必要な能力. 看護研究. 2009 ; 42(39) : 207-16.
- 19) Becker D, Kaplow R, Muenzen PM, et al. Activities performed by acute and critical care advanced practice nurses : American Association of Critical-Care Nurses Study of Practice. Am J Crit care. 2006 ; 15(2) : 130-48.

Abstract

This study aimed to reveal how nurses recognize and interpret conscious or subconscious cues from critically ill patients who cannot easily express their own wishes and needs for care, and how information extracted from cues is integrated in nursing support. Subjects were 16 nurses who provided care for such patients in intensive care units or emergency wards. Data collected through participant observation and semi-structured interviews were analyzed using the modified grounded theory approach.

Four aspects were generated: “detecting cues”, “interpreting cues” and “providing care”, which represent recognition/understanding of cues from patients and nursing care assessment, and “increasing sensitivity towards cues”, which serves as the foundation for the first three aspects. It was shown that critical care nurses put patients at the center of care, detected cues from patients based on their sensitivity, interpreted cues, and then provided care in response to patients’ needs. Through repeated cycles of understanding of patient cues and nursing assessment, the nurses’ awareness of patients as individuals with their own will and intention who should be respected was increased. Furthermore, nurses made full use of their skills and knowledge when interpreting patient cues, thereby increasing their sensitivity towards them.