原 著

重症患者家族のニーズに関する看護師の認識の実態と 関連要因の探索

Perceptions of Nurses about Family Needs of Critically Ill Patients and
the Investigation of Relating Factors

福田和明¹⁾ 黒田裕子²⁾

Kazuaki Fukuda Yuko Kuroda

重症患者家族ニーズに関するクリティカルケア看護師の認識の実態、また、その認識に対する要因との関連を明らかにするために、206名の看護師を対象に調査を実施した。データの収集には、筆者らが作成したCCFNI-J、情動的共感性尺度、社会的控えめ尺度、GHQ12を用いた。

重症患者家族ニーズに関する看護師の認識は、“危機認識群(15.8%)”、“中間認識群(49.1%)”、“現状満足認識群(35.1%)”の3つに分類された。“危機認識群”には30歳以上の看護師が51.8%を占め、“現状満足認識群”には40歳以上の看護師が26.7%を占めた。“危機認識群”は感情的被影響性得点が高く($p<0.05$)、“中間認識群”は社会的控えめ度が高く($p<0.05$)、“現状満足認識群”は感情的冷淡さが高かった($p<0.01$)。看護師の家族ニーズに関する認識は、看護師の個人要因との関連が示唆された。

キーワード：重症患者家族ニーズ、看護師の認識

Key words : family needs of critically ill patients, perceptions of nurses

I. 問題の背景と研究目的

ICU, CCU, 救命救急センター等のクリティカルケア領域では、集中的な治療を受ける重症患者だけでなく、家族への看護援助も重要となる。重症患者の家族に関する研究は、1979年にMolterが行った家族ニーズを扱ったものが最初であり、その後、Molterの原案からLeskeがCritical Care Family Needs Inventory(以下CCFNIと略す)を開発し、発展させた¹⁾。このCCFNIを用いて、これまでに数多くの研究が欧米を中心に行われてきたが^{2~5)}、情報・保証・接近ニーズが支援・安楽ニーズ以上にランクづけされる点が共通している⁶⁾。我が国でもCCFNIは1984年に紹介されたが、厳密に使用した研究は少ない⁷⁾。現在では、対象

をICU患者家族に限定した辰巳らの尺度⁷⁾や山勢らの家族ニーズとコーピングの客観的評価ツールであるCNS-FACE(Coping & Needs Scale for Family Assessment in Critical and Emergency Care Settings)が開発され、活用が始まっている^{8~10)}。

家族ニーズに関する研究が国内外で盛んに行われている中で、家族ニーズに関する認識において、看護師と家族との間にはズレが生じているという指摘がある^{11~13)}。看護師は家族が望むようには家族ニーズを捉えていない¹⁴⁾という状況は、心理社会的危機状況に陥っている家族に対する適切な援助の提供を阻害する恐れがある。ズレの原因については、クリティカルケア看護師にとっての最優先事項は家族よりも重症患者のケアであり¹³⁾、患者の重症度や最新テクノロジーの操作による時間とエネルギーの限界¹³⁾、一般病棟と比

図1 本研究の概念枠組み

較して重症患者や複雑な業務内容の多さによるストレスなどが挙げられている¹⁵⁾。また、看護師の内向性と共感度も認識への関与が指摘されている^{16,17)}。

最近、我が国で盛んに活用されている CNS-FACE も看護師が家族の行動を客観的に評定するツールであるため、家族自身の真のニーズの把握に関しては限界があるため⁹⁾、ツールと家族へのインタビューの結果を比較することでツールの信頼性・妥当性を確保する努力が行われている¹⁸⁾。しかし、看護師個人による家族ニーズの重要度や充足度に対する認識によっては、ニーズの把握は異なってくるのではないかと、さらには、先行研究^{13,15~17)}で指摘されている認識のズレを生じる要因もまた、ニーズの把握に影響することも考えられる。

そこで、本研究は看護師が家族ニーズをどのように認識しているのかという実態を明らかにすることを目的とし、認識への影響が推測される看護師の精神的健康状態¹⁵⁾、社会的控えめ度(シャイネス)¹⁶⁾、共感度¹⁷⁾との関連についても検討する。

II. 概念枠組み

1. 本研究の概念枠組み

本研究の概念枠組みを図1に示す。家族ニーズに関する認識とは重症患者家族ニーズを看護師がどのように認識しているかを表し、個人変数とは別に、先行研究^{15~17)}を参考にして、看護師の精神的健康度、社会的控えめ度、共感度を影響要因として取り上げた。

2. 用語の操作的定義

1) 看護師のニーズ認識

ICU・CCU・救命救急センター等のクリティカルケ

ア看護師の家族ニーズに関する捉え方をいう。本研究では、Molter の家族ニーズ項目に基づいて Leske が開発した CCFNI をもとに、研究者らが日本語版(Critical Care Family Needs Inventory-Japanese Version: CCFNI-J と略す)を作成し、それに基づき算出された「ニーズ認識得点」で表される。

2) 共感度

重症患者家族の心理社会的危機状態をクリティカルケア看護師が「感じ取る度合い」をいう。情動的共感性尺度(Emotional Empathy Scale, 以下 EES とする)によって表され、25 項目で構成される。

3) 社会的控えめ度

クリティカルケア看護師が重症患者家族とうまく関わることに對して抱く「対人不安の程度」をいう。シャイネス尺度日本語版(以下、社会的控えめ尺度と略す)によって表され、21 項目で構成される。

4) 精神的健康度

クリティカルケア看護師の「精神的機能が安定し、苦悩を感じていない状態の程度」を表し、精神的健康質問紙 General Health Questionnaire 12 項目版(以下 GHQ12 と略す)によって表され、12 項目で構成される。

III. 研究方法

本研究は記述相関型デザインをとり、4つの尺度を含む調査票を用いて、重症患者家族ニーズに関する看護師の認識の実態、および関連要因との関係を明らかにした。

1. 母集団と標本抽出法

本研究の母集団は、クリティカルケア領域(ICU, CCU, 救命救急センター等)に勤務する臨床経験3年以上の看護師であり、標本抽出方法は次のとおりである。日本救急医学会、あるいは日本集中治療医学会によって認定された施設のうち、関西地区(滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県)にある全施設(93 施設)の看護部長宛に研究依頼状を送付した。その後、研究への承諾が得られた25施設の代表者宛に標本該当者数の調査票を送付し、本研究に関する説明文を読み、調査票へ回答し郵送にて返却された206名を対象者とした。

2. 調査期間

2007年3月1日～5月31日

3. 測定用具

測定用具は以下の4つで、測定・様式・信頼性・妥当性について述べる。

1) CCFNI-J

CCFNI-JのもとになったCCFNIの内的一貫性は相関係数0.92, 24時間後の再テストで項目の一致度は64.71～96.08%とされている。また、構成概念妥当性として因子分析を行い、5つの因子(サポート、安楽・安寧、情報、接近、保証)が抽出されており、因子相関は0.07～0.39である。 α 係数は0.61～0.88で、項目-全体(IT)相関は0.25～0.60であった。2項目(「予後を知ること(0.15)」)「質問に正直に答えてもらうこと(0.17)」だけが0.20以上の相関が見られなかったとしている¹⁾。そのCCFNIをもとに次のような手続きを経て、CCFNI-Jを作成した。(1)翻訳の専門家によりCCFNI原文の和訳を行った。(2)上記(1)とは異なる翻訳の専門家により上記の和訳をもとに逆翻訳(英訳)を行った。(3)上記(1)の和訳について、クリティカルケア領域に勤務経験のある看護師(修士課程修了以上)12名に対し、家族ニーズの表現としての適切性や表現のわかりやすさについて意見を聞き、CCFNI-Jの表面妥当性の検討を行った。(4)CCFNI-J原文・上記(1)の和訳・上記(2)の逆翻訳文について、看護留学経験がある看護学研究者および実践家の2名による各翻訳の妥当性や家族ニーズの表現としての適切性について意見を聞き、CCFNI-Jの妥当性の検討を行った。(5)その結果、日本人あるいは日本の文化になじまないニーズ2項目(「家族を牧師が訪問してくれること」、「家族が牧師サービスに関する情報をもらえること」)を除外し、最終的に43項目のCCFNI-Jを作成した。本研究ではこのCCFNI-Jを用いて、看護師が各ニーズをどの程度重要と認識しているか(重要度認識)とそれらをどの程度充足できていると認識しているか(充足度認識)を把握した。

次に、「重要であるにもかかわらず充足できていない」という認識を最も看護援助を必要とする状況と捉え、得点の重みづけを行うために次のような得点の操作化を行った。①重要度認識については、「大変重要である(4点)」、「重要である(3点)」、「少しだけ重要である(2点)」、「重要でない(1点)」の4段階順序尺度

とした(重要度認識得点)。②充足度認識については、「十分充足することができている(4点)」、「充足することができている(3点)」、「少しだけ充足することができている(2点)」、「充足することができていない(1点)」の4段階順序尺度とした(充足度認識得点)。③重要度認識得点と充足度認識得点を算出後、内閣府の調査方法¹⁹⁾を参考にニーズ認識得点を設定し、重みづけを行った。これは重要度認識得点 $\times$ (4-充足度認識得点)で算出されるものであり、得点範囲は0～12点である。つまり、最高点の12点は「重要であるにもかかわらず充足されていない」ニーズであり、最も対応を必要とするものと解釈した。以上の結果、各ニーズの重要度・充足度認識得点の欠損値数は0～11であり、その全体に占める比率は0～5%であり、天井効果およびフロア効果の見られた項目はなかった。

次に、ニーズ認識得点を算出したが、得点範囲は0～12点であり、0・1・2・3・4・6・8・9・10・12点の10種類の離散データとして順序尺度とした。ニーズ認識得点のIT相関を算出した結果、相関係数は0.12～0.68であった。IT相関の値が低いこと、そして項目を削除することにより α 係数が上昇することから、「待合室のそばに電話があること」1項目を削除した。次に、IT相関の値は低い α 係数は上昇も下降も見られない6項目についても検討し、先の1項目のみを削除した残りの42項目の α 係数は0.931であった。そして、6項目も併せて削除した36項目の α 係数は0.932とわずかに上昇していたため、最終的に6項目(「面会に来られない時に病院に行ってもらえる人がいること」、「毎日、主治医(あるいは担当医)と話すこと」、「毎日、同じ看護師と話すこと」、「予想される患者の病態・予後を知ること」、「初めて重症ケア病棟(ICU等)に入る前に環境の説明を受けること」)も削除し、最終的にはCCFNI-Jは36項目とした。CCFNI-Jの各項目と尺度全体のIT相関は0.35～0.69と有意に関連し、内的整合性が保たれていることが確認された。

2) EES

加藤らが日本人向けに新たに作成したEES²⁰⁾は、「感情的暖かさ」10項目(10～70点：中間値40点)、「感情的冷淡さ」10項目(10～70点：中間値40点)、「感情的被影響性」5項目(5～35点：中間値20点)の3つの下位尺度計25項目から構成される。得点が高いほど共感度は高い。なお、「感情的被影響性」の2項目については逆転項目である。信頼性については、加藤

らが中・高・大学生の計 667 名を対象に調査を行い、各下位尺度の α 係数は 0.60~0.76 であった²⁰⁾。「感情的被影響性」が 0.60 とやや低い。妥当性については、併存的妥当性の検討に本尺度を用いた結果、多次元共感測定尺度の情動的側面に関わる 3 尺度と本尺度との間に有意な関連を見いだしている²¹⁾。

3) 社会的控えめ尺度

社会的控えめ尺度は、Jones らのシャイネス尺度²²⁾の日本語版である²³⁾。これは、「はい」~「いいえ」までを 5~1 点として得点化を行い、各項目の合計点をシャイネス得点とする。得点範囲は 21~105 点に分布し、得点が高いほどシャイネス傾向が高い。信頼性については、大学生 241 名を対象に調査を行い、 α 係数は 0.86 と高い。基準関連妥当性を検討するために、「自分は内気だと思う」、「自分は引っ込み思案である」の 2 項目とシャイネス尺度得点との相関を求めたところ、それぞれ $r=0.53, 0.58$ であった²³⁾。

4) GHQ12

GHQ を翻訳検討した GHQ12 項目版²⁴⁾は、各設問で 4 つの選択肢から選ぶ。採点方法としては、「まったくなかった」、「あまりなかった」と答えた場合には 0 点、「あった」、「たびたびあった」と答えた場合には 1 点を与え、各項目の加算を総得点とする方法や 0~3 点の 4 段階リッカートスケールとして総得点が高いほど精神的健康度が低いと評定する方法があるが、本研究では後者を採用し、得点範囲は 0~36 点である。得点が高いほど精神的健康度は高い。企業労働者対象の調査で α 係数は 0.85 と高く、因子分析によって抽出した 2 因子(「不安・抑うつ」、「活動障害」)は DSM-IV の基準と一致し、構成概念および交差妥当性が確認されている²⁵⁾。

5) クリティカルケア看護師の個人変数

個人変数は、デモグラフィック変数(年齢、性別、婚姻状況、最終学歴、臨床経験総年数、当該領域の臨床経験年数、現在の勤務部署)と看護師関連変数(看護師以外に所有する専門資格の有無、所属学会の有無)からなる。年齢は自由記述方式、それ以外は多肢選択法とした。

4. データ収集・分析方法

データ収集方法は「母集団と標本抽出法」の項で述べたとおりである。データ分析には、統計解析用ソフト SPSS14.0J for Windows を用いた。看護師の個人変数

は、度数および記述統計、CCFNI-J の重要度・充足度認識得点に基づくニーズ認識得点は 4 段階の度数および百分率を算出した。EES は下位尺度ごとの得点、社会的控えめ尺度と GHQ12 は全項目の合計得点を算出し、記述統計を求めた。また、ニーズ認識得点を変数とするクラスター分析を実施し、その後、クラスターの特徴を抽出するため Mann-Whitney の U 検定または Kruskal-Wallis 検定を用いた。また、個人変数との関連については χ^2 検定、社会的控えめ尺度・EES・GHQ12 との関連については Kruskal-Wallis 検定を用いた。

5. 倫理的配慮

研究者が所属する施設の倫理委員会の承認を得て実施した。条件に該当する全施設の看護部長に対し本研究への協力を依頼し、研究協力の同意が得られた施設へ調査票を郵送した後、看護部長あるいは代表者から対象者候補の看護師へ調査票を配布してもらい、本研究の説明文書を読んでもらった。その文書には、研究参加は看護師の自由意思に基づき、調査票回答後、郵送にて返却した時点で同意が得られたと判断する旨を記載した。調査票と返却時の封筒は無記名とし、個人情報情報を保護し、研究者以外が見ることはなく研究目的以外には使用しないこと、学会・雑誌等で発表する可能性があることを記載した。

IV. 結果

1. 対象者の概要

93 施設に研究を依頼し、協力の諾否の回答があった 34 施設中(回答率 36.6%)、協力が得られたのは 25 施設であった(全施設の 26.9%)。対象者の候補として 386 名に調査票を配布した結果、222 名から回答が得られたが(回収率は 57.5%)、そのうち有効回答数は 206 名(有効回答率は 92.8%)であった。対象者の特徴を表 1 に示した。

2. ニーズ認識得点の実態

1) 対象者全体の実態

CCFNI-J 36 項目のニーズ認識得点については中央値を算出し、中央値以上の高得点群と中央値未満の低得点群に分類した。CCFNI-J36 項目の高得点群と低得点群の割合について、高得点群の割合が多い順に並べ

表 1 対象者の概要

項目	内訳	人数	%	項目	内訳	人数	%	項目	内訳	人数	%
性別	男性	12	5.8	臨床経験年数 平均：10.8年 (±6.2)	5年未満	35	17.0	所有資格	呼吸療法士	29	14.1
	女性	194	94.2		5年以上 10年未満	79	38.3		集中ケア認定看護師	9	4.4
年齢 平均： 32.4 歳 (±6.33)	25歳未満	11	5.3		10年以上 15年未満	51	24.8		救急看護認定看護師	3	1.5
	25歳以上 30歳未満	69	33.5		15年以上	41	19.9	所属学会	所属学会なし	136	66.0
	30歳以上 35歳未満	65	31.6	クリティカル ケア領域経験 年数 平均：5.8年 (±2.9)	3年未満	22	10.7		日本救急医学会	35	17.0
	35歳以上 40歳未満	32	15.5		3年以上 6年未満	94	45.6		日本集中治療医学会	35	17.0
	40歳以上	29	14.1		6年以上 10年未満	63	30.6		日本クリティカルケ ア看護学会	17	8.3
婚姻	未婚	131	63.6		10年以上	27	13.1				
	既婚	63	30.6	勤務部署(複 数回答)	術後 ICU	103	50.0				
	その他(別居、離婚な ど)	12	5.8		CCU	80	38.8				
子ども	子どもあり	40	19.4		外傷 ICU	53	25.7				
	子どもなし	166	80.6		救急 ICU	112	54.4				
最終学歴	高校専攻科	15	7.3		救急病棟	37	18.0				
	専門学校	161	78.2		内科系 ICU	82	39.8				
	短大	21	10.2		外科系 ICU	79	38.3				
	大学	7	3.4		初療室	33	16.0				
	その他	2	1.0		その他(循環器病 棟+CCU など)	15	7.3				

たものが図 2 である。次に、ニーズ認識得点を用いて、Ward 法によるクラスター分析を行い、3 つのクラスターを得た。第 1 クラスターには 27 名(15.8%)、第 2 クラスターには 60 名(35.1%)、第 3 クラスターには 84 名(49.1%)の調査対象が含まれていた。合計で対象者の 83% (171 名)が処理されたが、 χ^2 検定を行ったところ、有意な人数比率の偏りが見られた($\chi^2=28.737$, $df=2$, $p<0.01$)。そして、得られた 3 つのクラスターの特徴を明らかにするために、Kruskal-Wallis 検定を用いた結果、「質問に正直に答えてもらうこと」と「患者になされたことの理由を知ること」の 2 項目以外の項目では、第 2 クラスターが最もニーズ認識得点が低く、次いで第 3 クラスター、第 1 クラスターの順であった。3 つのクラスターの特徴をもとに命名してみると、第 2 クラスターは「質問に正直に答えてもらうこと」と「患者になされたことの理由を知ること」の 2 項目以外の項目でニーズ認識得点が最も低いグループであり、多くの家族ニーズは充足できていると認識するグループと考えられる。そこで、「現状満足認識群」とした。逆に、第 1 クラスターはすべての項目におい

てニーズ認識得点が最も高い群であり、家族ニーズについて「重要であるにもかかわらず充足されていない」と捉える傾向が強いと考えられ、危機認識が高いと考えられる。そこで、「危機認識群」とした。第 3 クラスターは、「質問に正直に答えてもらうこと」と「患者になされたことの理由を知ること」の 2 項目以外の項目で、ニーズ認識得点が第 1 クラスターと第 2 クラスターの中間に位置づけられる。つまり、家族ニーズに対する認識も中間的なものに位置づけられる。よって、「中間認識群」とした。

3 群間にはすべての項目において有意な差が認められたが、それらの差異を見るために、Mann-Whitney の U 検定を用いて比較した(表 2)。その結果、「質問に正直に答えてもらうこと」、「場合によっては面会時間を変えてもらえること」、「いつでも面会に来られること」、「患者になされたことの理由を知ること」、「患者の病状の変化について家に電話をしてもらえること」の 5 項目は、「現状満足認識群」と「中間認識群」との間に差はなかった。「支えてくれる友人が近くにいること」、「病院内にいる間、ひとりになれる場所がある

図2 最終的な CCFNI-J36 項目の高得点群と低得点群の割合

■: 高得点群 (中央値以上) の度数と割合 (%), □: 低得点群 (中央値未満) の度数と割合 (%).

こと」、「待合室にくつろげる備品があること」、「重症ケア病棟 (ICU 等) に面会に行く時に一緒に来てくれる人がいること」、「面会時間が時間どおり始まること」の5項目は、「危機認識群」と「中間認識群」との

間に差はなかった。

3. 3群と個人変数との関連

3群と個人変数との関連について、 χ^2 検定を行った

表 2 家族ニーズと 3 つのクラスター間の関連

◆“現状満足認識群”と“中間認識群”との間に差が見られなかった 5 ニーズ																					
家族 ニーズ	質問に正直に答えてもらうこと			場合によっては面会時間を変えてもらえること			いつでも面会に来られること			患者になされたことの理由を知ること			患者の病状の変化について家に電話をしてもらえること								
I	—	521**	393**	—	855.5*	525.5**	—	791*	409**	—	556.5**	413.5**	—	497**	276.5**						
Ⅲ	—	—	2301.5	—	—	2167.5	—	—	2073.5	—	—	2404.5	—	—	2378						
Ⅱ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—						
◆“危機認識群”と“中間認識群”との間に差が見られなかった 5 ニーズ																					
家族 ニーズ	支えてくれる友人が近くにいること			病院内にいる間、ひとりにになれる場所があること			待合室にくつろげる備品があること			重症ケア病棟 (ICU 等) に面会に行く時に一緒に来てくれる人がいること			面会時間が時間どおり始まること								
I	—	1047	401.5**	—	957	300.5**	—	936	425**	—	905	232.5**	—	906.5	381**						
Ⅲ	—	—	1236.5**	—	—	1125.5**	—	—	1706.5**	—	—	897**	—	—	1716.5**						
Ⅱ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—						
◆3 群間すべてに差が見られた 26 ニーズ																					
家族 ニーズ	患者の死の可能性について話すこと			どのスタッフがどのような種類の情報を提供できるのかを知ること			あなた(家族)の健康を気遣ってくれる人がいること			病院を少しぐらい離れても大丈夫と確信すること			泣いてもよいのだと思えること			問題を解決することができる人について教えてもらえること					
I	—	636.5**	225.5**	—	427.5**	177.5**	—	639**	145**	—	508.5**	216.5**	—	604.5**	185**	—	431.5**	69**			
Ⅲ	—	—	1372.5**	—	—	1832**	—	—	1397**	—	—	1776.5**	—	—	1282.5**	—	—	1034.5**			
Ⅱ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
家族 ニーズ	起こっていることについて家族の感情を表出すること			患者の身体的なケアを手伝うこと			重症ケア病棟 (ICU 等) を移ろうとしている計画について教えてもらえること			患者になされていることを正確に知ること			患者に関する情報を少なくても1日に1回はもたえること			病院のスタッフが患者のことを気遣ってくれていると感じられること					
I	—	448**	197.5**	—	629.5**	222**	—	817*	417**	—	423**	168.5**	—	590**	271.5**	—	423**	129**			
Ⅲ	—	—	1747**	—	—	1582**	—	—	1813.5**	—	—	1764.5**	—	—	1815**	—	—	1407.5**			
Ⅱ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
家族 ニーズ	家族の問題について助けとなる人について教えてもらえること			わかりやすい説明をしてもらえること			病院のスタッフに受け入れられていると感じられること			経済的に支援してくれる人がいること			患者がどのように医学的に治療を受けているのかを知ること			最善のケアが患者になされていることを確信すること			いつでもひとりにされること		
I	—	496.5**	99**	—	486.5**	149.5**	—	316**	80**	—	798*	247**	—	484.5**	237**	—	230.5**	29**	—	706**	233.5**
Ⅲ	—	—	959**	—	—	1718**	—	—	1620.5**	—	—	1297.5**	—	—	1943.5*	—	—	1728**	—	—	1230.5**
Ⅱ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
家族 ニーズ	患者に頻繁に会うこと			待合室が患者に近いこと			病院内で適切な食べ物や入浴を手でやること			ベッドサイドで何をすればよいのかについて指導を受けること			希望があると感じられること			患者のケアをするスタッフの種類(医師、看護師、薬剤師等)について知ること			患者の経過に関する具体的な事実を知ることを知ること		
I	—	700.5**	241.5**	—	747**	368.5**	—	853*	382**	—	478**	194**	—	602.5**	209**	—	697**	299**	—	475.5**	146.5**
Ⅲ	—	—	1741**	—	—	1881.5**	—	—	1706.5**	—	—	1740**	—	—	1676**	—	—	1623**	—	—	1489**
Ⅱ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Mann-Whitney の U 検定 *p<0.05, **p<0.01. I : 危機認識群, Ⅱ : 中間認識群, Ⅲ : 現状満足認識群.

表3 3群と年齢群とのクロス表

	危機認識群 (27名)	中間認識群 (84名)	現状満足 認識群 (60名)	合計	χ^2 値
25歳未満	4(14.8%)	3(3.6%)	4(6.7%)	11	21.483**
25歳以上 30歳未満	10(37%)	26(31%)	19(31.6%)	55	
30歳以上 35歳未満	9(33.3%)	32(38.1%)	16(26.7%)	57	
35歳以上 40歳未満	3(11.1%)	17(20.2%)	5(8.3%)	25	
40歳以上	1(3.8%)	6(7.1%)	16(26.7%)	23	
合計	27(100%)	84(100%)	60(100%)	171	

** $p<0.01$

結果, 3群間で有意な関連が見られた個人変数は年齢のみであった($\chi^2=21.483$; $p<0.01$). 3群の年齢構成を見てみると, “危機認識群”は, 30歳未満の看護師が51.8%と半数を占めたのに対し, “中間認識群”と“現状満足認識群”はそれぞれ, 34.6%, 38.3%であった. “中間認識群”は, 30歳以上40歳未満の看護師が58.3%と半数以上を占めていた. “現状満足認識群”は, 40歳以上の看護師が26.7%を占めていた(表3).

4. 3群と各尺度との関連(表4)および各尺度間の関連(表5)

3群と各尺度および下位尺度との関連について, Kruskal-Wallis 検定を用いて分析を行い, 結果を表4に示した. EESにおける感情的冷淡さ得点では“現状満足認識群”が他の2群と比較して有意に高く($p<0.01$), 同じくEESの感情的被影響性得点では“危機認識群”が他の2群と比較して有意に高かった($p<0.05$). また, 社会的控えめ尺度における社会的控えめ得点では, “中間認識群”が他の2群と比較して高かった($p<0.05$). なお, 感情的暖かさ得点やGHQ12得点と3群間には, 有意な差は見られなかった. また, 各尺度間の関連については, 表5に示した.

V. 考察

1. 重症患者家族ニーズに対する看護師の認識の実態

看護師のニーズ認識得点で中央値以上の高得点をとった者の割合が7割以上を占めた項目には(図2), 5つのニーズのカテゴリー(「サポート」, 「安楽・安

表4 3群と各尺度との関連

	危機認識群	中間認識群	現状満足認識群
各尺度得点			
EES 感情的暖かさ得点: 33~67点 (平均52.9点)	52.9 $\pm$ 1.5	54.1 $\pm$ 0.7	52 $\pm$ 0.9
EES 感情的冷淡さ得点: 10~60点 (平均28.3点)	29 $\pm$ 1.9	26.2 $\pm$ 0.9	31.3 $\pm$ 1.3**
EES 感情的被影響性得点: 13~30点 (平均20.8点)	22 $\pm$ 0.9	21.1 $\pm$ 0.5	19.6 $\pm$ 0.5*
社会的控えめ得点: 32~105点(平均69.7点)	64.2 $\pm$ 2.8	74.9 $\pm$ 1.6	72.1 $\pm$ 1.9*
GHQ12得点: 2~35点(平均15.4点)	18.2 $\pm$ 1.7	16.9 $\pm$ 0.8	16.5 $\pm$ 0.8

Kruskal-Wallis 検定 ** $p<0.01$, * $p<0.05$

表5 各尺度間の関連

		EES		感情的被影響性	社会的控えめ	GHQ12
		感情的暖かさ	感情的冷淡さ			
EES	感情的暖かさ	—	-0.386**	0.242**	0.070	0.077
	感情的冷淡さ		—	-0.180*	-0.297**	0.040
	感情的被影響性			—	-0.337**	0.290**
	社会的控えめ得点				—	-0.377**
	GHQ12得点					—

** $p<0.01$, * $p<0.05$

寧」, 「情報」, 「接近」, 「保証」)すべてが含まれていた. 重要であるにもかかわらず, 充足できていない家族ニーズとして表される最高得点(12点)をとった者の割合が最も高かったのは, 「支えてくれる友人が近くにいること」(15.5%)であったが, 高得点者の割合は59%であり, 対象者の一部が強く感じていることが伺えた.

棚橋らは救急重症患者の家族ニーズと援助の実態について, 重要性と援助の実行性との両面から4つのパターンに分類した²⁶⁾. 本研究では援助の実施にかかわらず, 充足できているかどうか注目しているため,

先の2つのパターンが「重要であるにもかかわらず充足できていない」家族ニーズと関連していると考えられる。「重要である/援助を行っている」の上位5項目は「保証」・「情報」ニーズ、「重要である/援助を行っていない」では、「サポート」・「接近」ニーズであり、ニーズ全体にわたって重要であるが充足できていないと捉える本研究の結果とは異なる。棚橋らは「重要である/援助を行っていない」理由としては、精神的援助の困難さや日常業務の煩雑さ、面会制限などをあげており、医師や看護師は「患者の身体的なケアを手伝うこと」や「いつでも面会に来られること」のようなニーズを家族よりも重要視しておらず²⁶⁾、「ベッドサイドで何をすればよいのかについて指導を受けること」といったニーズが最も看護師と家族間のズレが大きかったという報告もある²⁷⁾。これは面会者の存在によって治療や看護ケアに支障が出るという気持ちの現れであると指摘されているが、本研究ではこれらのニーズは多くの対象者の認識は高かった。また、サポートする人の存在に関する項目については、個々の家族背景やソーシャルネットワークに関するものに介入すること自体に看護師自身は困難さを感じているのかもしれない。やはり、これらの家族ニーズに関しては医療ソーシャルワーカーなどの他職種とも連携して、家族が必要としているニーズを的確にアセスメントし、提供できる資源を積極的に紹介するなどの援助が求められる。

本研究では、ニーズ認識得点をもとに3群(“危機認識群”, “中間認識群”, “現状満足認識群”)に分類したが、本研究の対象の中では“中間認識群”が最も多く、“現状満足認識群”, “危機認識群”の順であった。3群と個人変数との間で有意な関連が見られたのは年齢のみであったが、“危機認識群”で30歳未満の看護師が51.8%と半数を占めた。“中間認識群”は30歳以上40歳未満の看護師が58.3%と半数以上を占めており、年齢的にも中間層が多く、“現状満足認識群”は40歳以上の看護師が26.7%を占めている。これは、若い看護師ほど家族ニーズに関してより強く危機認識をもち、年齢が高い看護師ほど危機認識は低いことが伺える。これは、現場における長年の経験の中でニーズを充足してきたという達成感なのか、雰囲気流されてしまうのかは明確ではない。臨床経験が長くなればなるほど、ある特定のニーズのアセスメント能力は低くなると言われているが¹⁷⁾、本研究では臨床経験年数と3群間には関連が見られなかったため、その他の要因によ

る影響も考えられる。

2. 3群と各尺度との関連

本研究の結果、看護師のいくつかの個人要因との関連が明らかになった。現状満足認識群は感情的冷淡さが高いことから、先に述べた臨床経験年数だけでなく、看護師のパーソナリティの関与も伺われる。危機認識群は比較的若い看護師が多く含まれていたが、感情的に影響を受けやすい傾向があり、家族のニーズに対し敏感に反応しているとも言えるであろう。中間認識群は社会的控えめ度が高く、家族ニーズの認識においても中間的な捉え方をしており、これもまたパーソナリティの影響が示唆される。ただし、社会的控えめ度が高い看護師は感情的冷淡さが低く、精神健康度は高かった(表5)。シャイな人ほど内向的で神経症傾向が強いと言われているが²³⁾、家族ニーズについて中間的な捉え方をすることで日常における精神的ストレスによる負担を軽減できているとも考えられる。

VI. 研究の限界と今後の課題

本研究の目的は、クリティカルケア看護師の重症患者家族ニーズに関する認識の実態、関連要因との関係を明らかにすることであり、家族ニーズについて重要度と充足度を併せて検討したこと、看護師の個人要因との関連を扱ったことが特徴である。しかし、研究の限界として、標本抽出法として関西地区に限定したサンプリングであったこと、回収率が低かったことが挙げられ、また、測定用具のCCFNI-Jのニーズ認識得点が離散データの順序尺度であることから統計学的方法の限界も考えられ、信頼性・妥当性の検討をさらに深める必要があると考える。今後は重症患者家族ニーズに関する看護師の認識と実際の家族自身のニーズ認識とのズレの有無を確認するためにも、同様の測定用具を用いた調査を実施する必要があると考える。なお、本研究の要旨は第3回日本クリティカルケア看護学会学術集会において発表した。

謝辞：本研究を行うにあたりご協力いただきました病院関係者や対象者の皆様には心より感謝申し上げます。

文献

- 1) Leske JS. Internal psychometric properties of the Critical Care

- Family Needs Inventory. *Heart Lung*. 1991 ; 20(3) : 236-44.
- 2) Molter NC. Needs of relatives of critically ill patients : A descriptive study. *Heart Lung*. 1979 ; 8 : 332-9.
 - 3) Roberts CF, Feetham SL. Assessing family functioning across three areas of relationships. *Nurs Res*. 1982 ; 31 : 231-5.
 - 4) Leske JS. Needs of relatives of critically ill patients : A follow-up. *Heart Lung*. 1986 ; 15(2) : 189-93.
 - 5) Neabel B, Dunning J. Family assessment tools : A review of the literature from 1978-1997. *Heart Lung*. 2000 ; 29(3) : 196-209.
 - 6) Lam P, Beaulieu M. Experiences of families in the neurological ICU : A "bedside phenomenon." *J Neurosci Nurs*. 2004 ; 36(3) : 142-55.
 - 7) 辰巳有紀子, 羽尻充子, 中村尚美, 他. ICU 患者家族のニーズの抽出とニーズ測定尺度の開発. *日本集中治療医学会誌*. 2005 ; 12 : 111-8.
 - 8) 山勢博彰, 山勢善江. CNS-FACE 開発プロジェクトメンバー : 重症・救急患者家族アセスメントツールの開発—完成版 CNS-FACE の作成プロセス—. *日本集中治療医学会誌*. 2003a ; 10 : 9-16.
 - 9) 山勢博彰, 山勢善江, 石田美由紀, 他. 完成版 CNS-FACE の信頼性と妥当性の検証. *日本救急看護学会誌*. 2003b ; 4(2) : 29-38.
 - 10) 山勢博彰. 重症・救急患者家族のニードとコーピングに関する構造モデルの開発—ニードとコーピングの推移の特徴から—. *日本看護研究学会雑誌*. 2006 ; 29(2) : 95-102.
 - 11) Forrester A, Murphy PA, Price DM, et al. Critical care family needs : Nurse-Family member confederate pairs. *Heart Lung*. 1990 ; 19 : 655-61.
 - 12) Titler MG, Cohen MZ, Craft MJ. Impact of adult critical care hospitalization : Perceptions of patients, spouses, children, and nurses. *Heart Lung*. 1991 ; 20(2) : 174-82.
 - 13) O'Malley P, Favaloro R, Anderson B, et al. Critical care nurse perceptions of family needs. *Heart Lung*. 1991 ; 20 : 189-201.
 - 14) 黒田裕子. クリティカルケア看護における家族看護. 寺町優子, 井上智子, 深谷智恵子編. *クリティカルケア看護—理論と臨床への応用—*. 東京 : 日本看護協会出版会 ; 2007. p.223-39.
 - 15) Beeby JP. Intensive care nurses' experiences of caring. *Intensive Crit Care Nurs*. 2000 ; 16 : 151-63.
 - 16) Astedt-Kurki P, Paavilaine E, Tammentie T, et al. Interaction between family members and health providers in an acute care setting in Finland. *J Fam Nurs*. 2001 ; 33(4) : 371-90.
 - 17) Murphy PA, Forrester A, Price DM, et al. Empathy of intensive care nurses and critical care family needs assesment. *Heart Lung*. 1992 ; 21 : 25-30.
 - 18) 立野淳子, 山勢博彰, 田代明子, 他. CNS-FACE 家族アセスメントツールの内容的妥当性の検討. *日本クリティカルケア看護学会誌*. 2007 ; 3(1) : 114.
 - 19) 内閣府. 平成 17 年度国民生活選好度調査. 2006 ; 1-8.
 - 20) 加藤隆勝, 高木秀明. 青年期における情緒的共感性の特質. *筑波大学心理学研究*. 1980 ; 2 : 33-42.
 - 21) 桜井茂男. 大学生における共感と援助行動の関係 : 多次元共感測定尺度を用いて. *奈良教育大学紀要(人文・社会科学)*. 1988 ; 37 : 149-54.
 - 22) Jones WH, Russell D. The social reticence scale : An objective instrument to measure shyness. *Journal of Personality Assessment*. 1982 ; 46 : 629-31.
 - 23) 桜井茂男, 桜井登世子. 大学生用シャイネス(Shyness)尺度の日本語版の作成と妥当性の検討. *奈良教育大学紀要*. 1991 ; 40 : 235-43.
 - 24) Iwata N, Okuyama Y, Kawakami Y, et al. The twelve-item general health questionnaire among Japanese workers. *Environmental Science Hokkaido University*. 1988 ; 11(1) : 1-10.
 - 25) 新納美美, 森俊夫. 企業労働者への調査に基づいた日本版 GHQ 精神健康調査票 12 項目版(GHQ-12)の信頼性と妥当性の検討. *精神医学*. 2001 ; 43(4) : 431-6.
 - 26) 棚橋美紀, 金井美樹, 中村美鈴. 看護師が認識する救急重症患者の家族ニーズと家族援助の実態. *日本救急看護学会雑誌*. 2006 ; 7(2) : 17-26.
 - 27) 小松さゆり, 齋藤真由美, 柿崎敦子, 他. CCU に緊急入院した患者の家族に対する援助の検討—Molter の重症患者家族ニードの活用—. *秋田県農村医学会誌*. 2004 ; 50(1) : 9-11.

abstract

The study of 206 critical care nurses who are working more than 3 years was conducted to assess how critical care nurses's perceptions of critical care family needs and to investigate the association of relation factors. Data were collected using Critical Care Family Needs Inventory-Japanese edition (CCFNI-J) translated by the authors, the Emotional Empathy Scale (EES), the Social Rericence Scale, and the Twelve-Item General Health Questionnaire (GHQ-12).

The results showed that critical care nurse's perceptions of critical care family needs were classified 3 group ; "perceptions of crisis group" (15.8%), "perceptions of middle group" (49.1%), and "perceptions of present satisfaction group" (35.1%). In perceptions of crisis group, about half (51.8%) were nurses of below the age of thirty. And in perceptions of present satisfaction group, nurses of forty and over accounted for 26.7%. Perceptions of crisis group were higher sensitivity for emotion scores ($p < 0.05$), perceptions of middle group were higher Social Rericence scores ($p < 0.05$), and perceptions of present satisfaction group were higher coldness scores ($p < 0.01$) than other groups. Nurses's perceptions of critical care family needs have a relation to nurse's personal factors.

Key words : family needs of critically ill patients, perceptions of nurses