

基調講演

家族看護学研究の将来

The Future of Family Nursing Research: Interventions, Interventions, Interventions

Lorraine M. Wright, RN, PhD カナダ・カルガリー大学教授

Janice M. Bell, RN, PhD カナダ・カルガリー大学準教授

はじめに

千葉大学において博士課程が開設した、その記念行事として「家族看護学研究の動向—患者および家族の QOL 向上のための看護の役割」をテーマにシンポジウムを開催されることは先見の明あることと思います。

まさに看護の将来であると思われるこのシンポジウムのテーマは、看護の領域をさらに拡げて、ただ単にある個人に的を絞っていくというそれ以上のことをしていこうということです。病気になったときは、ただそれがその個人に影響を及ぼすだけでなく、そういった病から起こってくる感情的な、また肉体的な苦しみに個人だけでは対処していけないわけです。ですからこのテーマが必要であって、私はここで博士課程の開設とともにこのすばらしいテーマを選ばれたことに対してお祝いを申し上げたいと思います。

カルガリー大学における 家族看護ユニット

さて、この家族看護学については状況が大変重要ですので、私が講演を始める前に、私自身について少しお話しさせていただきたいと思います。

私のことを少し知っていただければ、私の話がよりわかりやすいものとして受けとめてもらえるのではないかと思います。

私にとりまして、今回は初めての訪日です。ですから、この国の文化、そして国自体に対して学ぶべきことが多くあります。ただ、30 年ほど前、看護学生として学んでいたとき、幸運なことに、日系のカナダ人であります Thelma Kosaka という人と私は大変親しい友達になりました。この友情を通して、私は日加文化に初めて触れました。

この Thelma とその家族は、私にカナダにおける日本人という存在であることの喜びの面と悲しみの面を教えてくださいました。また食べ物に関しては、この方たちは私にお寿司を教えてくださいました。その当時はまだカナダでお寿司を食べるということは流行してはいなかったのです。私はいま日本食が大好きで、特にお寿司とお刺身は大好きです。

その後、ハワイ大学において看護学の修士号を取得しようと学んでいた際に、さらに今度は日米の文化にひたる機会を得ました。その当時、私は 6 人の日系のアメリカ人の大学生とともに暮らす機会がありました。ですから、ハワイで日本と北米の文化についてより多くを学ぶことができたのですが、いまやこの日本文化のルーツにふれるこ

とができて、私は大変わくわくしております。

さて、私が働いているカナダでの職場について少しお話ししたいと思います。

私はカルガリー大学で教授をしております。カルガリーで1988年の冬期オリンピックが開催されましたので、そのことで覚えている方もいらっしゃるのではないのでしょうか。中でも、スピードスケートなどの種目は私どもの大学のキャンパスで行なわれました。

カルガリー大学の看護学部内に私たちは、学部と修士課程で学ぶ学生たちに対して家族理論やアセスメント、そして *intervention* などを教える教室をもっています。しかし、いま現在では、看護学部には博士課程はありませんが、一人の特別なケースとしての博士課程の学生はいます。

またここにおいて最もユニークな特色は、家族との関与という意味において、家族看護ユニットというものがあることです。私が外来患者用の教育と研究のために、このユニットを1982年に設立しました。そして、健康の問題を抱えている家族の方たちがこちらへと送られてきます。

このユニットは、家族に関係する教育や研究、そして臨床に関するさまざまな事柄を非常に容易にできるようにし、また強化もしております。

この家族看護ユニットには、5つの面接室と1つの大きな観察室、また中央管理室があります。それぞれの部屋にはマジックミラーが備えつけてあり、いろいろな活動に参加されるご家族の方たちの面接の模様を大きな観察室のほうから観察することができるようになっています。

この家族看護ユニットの目的は、*interaction* の研究と、そしてこのように感情的、身体的健康問題を抱えている患者さんとその家族の方たちのための *treatment* を行なっていくことにあります。

例えば月経前症候群とか慢性疼痛、喫煙、がん、てんかん、狭心症、高血圧といったような健康問題を抱えている家族に対しての看護実践に関して、私は書き記したことがあります。

そして、この活動の一環として、学部学生および大学院の学生が参加して、家族看護の教育と監

督といったものがあります。これには大学院生や教員も参加している臨床看護のチームがあり、この看護チームが家族の皆さんに会って、このチームのほうから家族の皆さんに問題を解決していく上でのアイデアなどを示唆するなどの活動を行なっています。

そして、ご家族と学生とともにこの実践を行なう日は、私にとりまして、1週間の中でハイライトとなります。これは私の教職においても、また研究においても確信となる部分であると思っています。

またご家族の方たちと毎週一緒に仕事ができるということは、大変名誉なことでもあると考えています。そしてそれには、直接的にかかわる、例えば私自身が直接家族に面接をするということも含まれますし、またマジックミラーの後ろからほかの学生と教員が家族に対して面接するのを観察したり、監督するといった間接的なものも含まれています。そういう場を通して、家族の皆さんが健康の問題を乗り越える、またそれとともに生きていく勇気や勝利、そして歓喜を得られるということをこの目で見てきました。

2年に1度、1週間の期間で私たちは一緒に勉強したいという専門家たちのための研修会を行なっています。またこの家族と私たちが行なっている実践活動について、こういう方たちに観察してもらえます。



M. Wright 博士

そういうことから、実はこの講演のアイデアが生まれたわけですが、私は私の同僚であります Janice Bell 博士にこの講演を一緒にしていただくようお願いしました。Bell 博士は、この家族看護ユニットにおいて、研究のコーディネーターという役割を果たされておりまして、いろいろな研究の課題についての監督をしています。そして Bell 博士が皆さま方にご挨拶とお祝いを申しおりました。

家族看護学研究における将来

それでは、これから家族看護学研究における将来についてのいくつかの考えを申し上げたいと思います。

この家族看護学研究の将来は、私の考えるところでは、intervention に尽きると考えています。私がなぜこの intervention という重要な言葉を繰り返すかといいますと、今後のこの分野における研究というのは、単なる記述やアセスメントの領域を出なくてはいけないということを強調したいからです。

つまり、看護というのは実践の職業で、そのゴールというのは患者さんの苦しみを減少させ、健康を増進させていくことにあります。ですから、最も重要な研究というのは、患者さん、そのご家族の方たちが健康の問題を管理し、それとともに生きていくことを助けることができるものであると思います。

そういうわけで、私は、こういう研究というのは実践を反映し、どうしたらそのような感情的な、また身体的な苦しみを減らしていくことができるかという実践を、指し示すことができるものでなくてはならないと考えています。

いまや私はこの家族看護学の研究において、まさにどうしたらこういう健康の問題を抱えて苦しんでいる患者さんとその家族を援助することができるかということに、的を絞っていくべき時がきていると考えております。そしてそれを実行していくための唯一の方法は、intervention に的を絞って考えていくことであると考えています。

まずここでは、どのような intervention が苦しんでいるご家族を助けるために有効か、そしてまたどうしたらうまくいくのかということ突き止めていかななくてはなりません。ですから、ここでは、記述やアセスメント、評価というふうにさらに一歩先に進んでいかななくてはいけないわけです。

かつて行なわれたこういう家族の方たちの反応に対する記述、評価というのは大変有益でしたし、また生産的なものでした。しかし、今は次のステップに移っていかなくてはいけないわけです。つまり、こういう家族に対して行なわれた過去の研究が何を私たちに言わんとしているのか、そしてどういうことを家族を助けるためにしていかななくてはいけないと言っているのか、そういうことを考えるべきなのです。

つまり家族看護学の研究というのは、看護の実践を反映していかななくてはなりませんし、患者さんを、またその家族をより助け、その傷を癒していくことに、より強く責任感を持ってやっていかなくてはけません。そのためには、看護の実践、そしてそういった caring の intervention を検証することに焦点をあてていくことによって、できるかと思います。ですから、ここではあやふやにならないようにして、より確信をもって家族の援助にあたらなければいけないわけです。

では、こういう家族に対する看護学の現状はどうなっているのでしょうか。看護婦は、いま現在、家族に関与するこういう活動に関する看護の実践の通常のパターンというものを変化させ、改良させていこうとしています。しかし、実践における変更が必要ですが、Friedman(1992)が言いましたように、このような家族を中心とするアプローチはいまだに理想として話題になっている段階で、広く普及している実践にはなっていないということです。これは患者さんにおいてもそうですし、地域社会やさまざまな臨床場面においてもそうです。ですから、私たちは、この家族に関与して観察を続けていくということは、将来的には主要な実践となっていくだろうと考えています。

そして、このように家族に関与していくという

ことには概念的な変化が必要になってきます。これにはパラダイムの変化も含まれており、看護婦は、患者と家族の間に存在する相互作用性や相互性に注意を払わなければいけないわけです。ですから、病気と家族の機能との間により重点を置いて、直接的な現象であると考えられるストレスとかコーピング、負担といったものには、それより低い重点を置いてやっていくことが必要であると思います。つまり、私たちは家族が病気に与える影響についての的を絞っていくわけで、その影響がどういうものであるかを評価していくより、家族をどうやったら助けていけるかということに的を絞るべきなのです。

ここではまた、家族内における関係の向上ということにも焦点をあてていかななくてははいけません。つまり、家族のそれぞれの一員に対する教育とか支援についてよりも、家族関係のほうに重点を置いていかなければいけないわけです。ここでは、ヘルスケアを個々から家族へと、つまり相互作用という段階にまで変化させていかななくてははいけません。健康と疾病、そして家族と看護婦というそれぞれのものが別個の存在としてあるのではなく、組み合わせとしてあるようにしていかななくてははいけません。将来の研究も、私たちの実践にみるこのような概念の変化を反映していくものでなくてははいけません(Wright & Leahey, in press)。

Intervention の定義

さて、この intervention をどう定義づけるかというのは、私たちが行なっていく研究に対しても大切な意味合いをもってあります。この用語を説明し、またラベルづけをするためにいろいろな用語が使われております。つまり、看護実践における treatment の分野に関しての用語であるわけですが、例えば intervention, treatment, 治療、行動、活動といったような用語もあります(Bulechek & McCloskey, 1992)。しかし、私たちの看護の実践においては、家族に関与しているものの研究については特にですが、intervention

という用語を好んで用いています。そして看護の intervention という分野において、標準化した用語、コミュニケーションの手段を設立するために最も多大な貢献をしたのは、Bulechek と McCloskey(1992)であると思います。つまり、看護の intervention に定義づけをしていくことがいまでは非常に必要、かつやり甲斐のある勢力であるということです。

この Bulechek と McCloskey(1989)による定義の一例を申し上げますと、この intervention というのは看護婦がクライアントのかわりに行なうすべての直接的なケアの treatment であって、これには医師が行なうものも含まれ、日常の基本的な機能を果たすための行動も含まれると思います。しかし、私たちとしてはそこで新たな定義づけを提案したいと思っております。つまりそれは、看護婦が与える反応に対するすべての行動であり、それには例えば看護婦が行なう治療上の行動が含まれますが、それにプラスして、看護婦とクライアントとの関係で、個人、家族、または地域社会にも影響を与え、看護婦の責任の中で起こってくるものであるということです(Wright, Watson & Bell, 1990)。

つまり、intervention というのは相互作用であって、看護婦の反応はクライアントまたは家族の反応によって引き起こされるものであって、その反面では、こういった看護婦の反応というものがクライアント側の反応を引き起こしていくことであります(Wright & Leahey, in press)。ですから、intervention の研究というのは、クライアントの行動だけに焦点をあてるのではなく、また看護婦の行動だけに焦点をあてるのでもなく、この両方の関係を考慮に入れていかななくてははいけないということです。

家族内で起こっていることをどのように概念としてとらえるかによって、この研究が、変化の結果に的を絞るべきなのか、それともそのプロセスに的を絞るべきなのか、あるいはその両方に焦点をあてるべきなのかということを決めるうえで大きく影響すると思います。すべての看護の intervention というのは、変化を起こすというこ

とを目標にしていますが、結果的に本当にすべての intervention がこの目標を達成するかというと、そうではありません。効果的な intervention は、看護婦とクライアントまたは家族の心理学的、生物学的な構造との間の適合が認められた場合に起こると考えております(Wright & Levac, 1992)。

ですから、看護研究者、あるいは実践家というのは、intervention が進展していくうえで、時としてこの変化のある特定の方向にばかり時間を費やすというような罫にはまってしまうことがあるということも言っています。そうすると、全体的な構造にはあまり注意を向けなくなってしまいます。

この家族に変化が起こったときは、どのようにしてこのことを知ることができるのでしょうか。私たちは、アメリカ人の人類学者である Gregory Bateson(1972)が行なった変化についての言及を大変有益であると考えました。

彼が言うには、この変化を意識するということに関しては、心というのは今までとは違う情報のみを受け取ることができるということです。つまり、違いというのが情報であって、また情報とは違いであるわけです。そういうわけで、Bateson(1972)が言いましたのは、変化というのは時を超えて存在する、また起こる違いであるということです。

これにはまたチリ人の生物学者である Maturana & Varela(1992)の言うことも加わって、構造的な変化はある一瞬から一瞬に人間において起こってくる変化であるということです。これは私どもが行なった実践から考えると、この Bateson, Maturana, そして Varela が言ったような変化は、継続して家族の中に起こっているということにも結びつくわけです。

また個人および家族内で起こってくる大きな変化というのは、しばしば人生における大きな出来事、または重大な病いなどによって引き起こされ、また増大させられると考えてもいます。それと同時に、看護婦によって起こされることもあると思っています。しかしながら、看護婦というの

は、自分たちが変化を起こす仲介者ではないということを知っていなくてはいけません。つまり、私たちは人を変えることもできませんし、また変えるわけでもないということです。こういう家族メンバーにおける変化は、彼ら自身の心理学的、生物学的な構造によって起こされるものであって、ほかの他人によって起こされるものではないということです。

このような、考え方のうえでの違いが示していることは、intervention の研究は、このように時を超えて起こっている変化を考慮に入れて、看護婦が構造的な変化を起こすにはどうしたらいいかということについて研究することです。

家族看護学における intervention の研究

では、この家族看護学の intervention の研究は現在どのような状態にあるのでしょうか。今日まで、こういった家族の看護、intervention に焦点をあてて行なわれた研究はあまりありませんでした。Craft & Willadsen(1992)がこういった研究者としては唯一の人たちですが、家族に関する intervention に対して定義づけを行なう研究を私たちも行ないました。

Hayes(1993)は、こういう家族看護学研究を1984年から1990年にわたって検索し、このような intervention の効果に的を絞った研究は2つしかないことを発見しました。なぜそうなのでしょうか。

理由の1つとしては、われわれの職業がまだ始まったばかりのレベルにあるということが言えます。つまり、こういう家族の intervention を識別し、説明するということについてもまだまだ始まったばかりの状況です。そして家族のアセスメント・モデルとしては複数のものが存在しましたが(Mischke-Berkey, Warner & Hanson, 1989)、家族を看護婦との関係において発展していくことを実際に調べたのは、またこの看護学において家族のインターベンション・モデルと呼ぶことができるのは、私たちが知るかぎりでは、カ

ルガリーの家族インターベンション・モデルだけではないかと思っています(Wright & Leahey, in press)。

この intervention の研究が十分に行なわれていないことのもう 1 つの理由としては、多くの看護婦、または教育者、研究者が家族看護の実践に関与していないということがあげられます。つまり実際に家族に接する機会がないのです。それがその方の実践を通しての直接的なものであれ、また例えば学生を通しての間接的なものであれ、家族との接触があれば家族看護がいかに重要であるかに関心が起こってくるはずなのです。

しかし、こういった家族とともに働く機会がないと、人というのは、とかく人類学的な、社会学的な、あるいは哲学的なアプローチで家族を研究しようということになりがちです。看護婦の研究者は、家族を助けることに関心をもっていますので、こういった健康の問題を抱えている家族に対して接触していかなければなりません。そうすることによってのみ、intervention の研究に対して強調されるようになるのです。

この研究、つまり再び何かを発見する、何かをもう一度見つけ出すという言葉の意味を考えてみると、私どもの家族看護学の intervention に関する興味が 2 つの大きな疑問にぶつかります。つまり、私たちは家族の助けになったのだろうか、また何が家族の助けになったと私たちは理解するのだろうかというこの 2 つです。

最初の疑問の「家族の助けに本当になったのだろうか」ということは、intervention の効果に関するものであり、結果に対する研究に関連する問題でもあります。また、それに関心をもっている家族看護の実践者がいつも家族に対して本当に助けているのかどうかということや、本当に変化を導き出しているのかということについても常に考えています。いま現在の北米においての経済的な状況というのは、intervention の効果に対して新たな関心を呼ぶことになりました。

ここで 3 つの分野における文献について簡単に探索してみたいと思います。それは一般的なヘルスケアの研究、家族の健康に対する intervention

の研究、心理療法の研究です。これによって結果に対する研究の現在の問題点がわかってくると思います。

まず、一般的なヘルスケアの研究です。これは家族に関わるものに限ってはおりませんが、こういうものは、intervention の結果に焦点をおいているという傾向があります。

また個々のクライアントについて行なわれた研究としては、例えば死亡率あるいは再入院率そして合併症発症率というようなことに焦点をあてているようです。またこういうデータは、ヘルスケアを提供する人たちの観点から求められることが多いようです。患者さんが受けたケアに対して、どのくらいの満足感をもっていたかというものを報告した研究は例外的です。ですから、結果の評価基準を選ぶということは、intervention の効果をとらえる上で非常に感度の高いことであり、このことが重要なのです(Stewart & Archbold, 1992, 1993)。

この家族の健康に対する intervention の研究を探索してみますと、この intervention の結果に重点を置くという同じ傾向が存在しています。Gilliss と Davis (1993) は、1985 年から 89 年の間、59 の家族の健康に対する intervention の研究をしました。この中には精神衛生や精神療法の intervention は除外してありますが、そのような文献を調べた結果として、intervention というのは、1 つの単位としての家族全体をとらえるのではなく、その家族の個人、あるいはその家族と介護者のような家族員の下位の組み合わせとして傾向があるということがわかったのです。

これらの研究で提供されている intervention は、家族全体に対して提供されるときにしばしば使われるような教育、また認知的あるいは情緒的なサポートあるいは認知的な教育というものでした。その中には行動的な intervention についての記述があるものは 1 つとしてありませんでした。結果を測定する場合に使った測定方法は、患者自体、また家族の介護者のストレスやコピーンク行動、家族の機能、そして社会的援助に対する自己報告を含んでいました。

このように、家族を1つの単位としてとらえるという点でデータに限界はあったものの、その中でも適切なデータのあった5つの研究結果をすべてを通してメタ分析を行なってみてわかったことは、家族の健康に対するinterventionは、家族の結果に対してプラスの結果をもっていたということです。

3番目の文献探索の分野である心理療法の研究を調べてみると、そこから効果に対する問題を調べる方法が見つかってきます。非常に長い、かつ生産的な歴史の中で使われた方法というのは、非常に進んだお金のかかる無作為化された臨床的試みから、単一事例の研究に至るまでさまざまでした。

これらの結果に対する研究の典型的なやり方としては、まず定量的に基礎的データを収集し、そして標準化したinterventionを実施し、そのフォローアップのデータを収集します。その一方で、外因的な変数をコントロールしながら、治療しない場合、またその他の方法である、会話による治療などの結果と比較対照します。

この研究の意図は、因果関係を明らかにすることにあります。すなわちinterventionを行なうことによって、クライアントの行動の何らかの観点到何らかの意味のある変化があったかどうか、そしてその変化は有意な差として実験群と対象群の間で比較検討が可能なくらいの変化であったかどうか、という因果関係の確立にあります。

夫婦療法または家族療法に使われているいろいろな方法、あるいはそこからわかった知見を探索することにより、厳密な結果に対する研究の実施と評価の基準が確立されてきました(Gurman & Kniskern, 1978 ; Kniskern, 1985)。その中で特に家族療法に関する研究で重要な変数というのは以下の通りです。

まず第1は、療法完了後少なくとも2年間のフォローアップを行なうこと、第2に、療法士の経験を考慮すること、第3に、家族の変化を行動として観察するとともに、その変化に対する家族の見方も含めていくこと。もう1つ、患者以外の家族の変化も記述することです。

これらの基準を見ていきますと、将来の家族に対するinterventionの研究家にとって、より概念的、また方法論的な問題に対しての知識を深めていく。そしてinterventionの研究だけではなく、家族の研究についてもその知識を深めていくことが必要であることがわかります。

この家族の結果に関しての研究基準から出てきた、1つの論議を呼ぶ問題としては、治療の手順を使うことによってinterventionを標準化する必要があるかという問題です(Gurman & Kniskern, 1978 ; Jacobson, 1988)。

私たちの考え方から言いますと、標準化されたinterventionを使用するということは、それぞれの家族はユニークであり、自らを治癒することのできる力と能力をもっているという考え方を否定するものです。さらにこのようなやり方は、臨床家の重要な仕事、すなわち看護婦が提供するinterventionと、家族の精神的・生物学的な行動の間に一致点を見つけるという重要な仕事を無視しているということにもなります。そして私たちの考えでは、これから将来の研究分野として取り組まなければいけない方法は、この相性ともいべきものを厳密に調査していくことではないかと考えます。

個人に対する心理療法とか家族に対する家族療法の研究が進められ、また結果に対する研究が進んでいくにつれて、違った種類の研究がより必要だということが明確になってきました。いままで種々の結果に対する変数を用いた研究が出版されていますし、また個人療法、夫婦療法、家族療法もいろいろなタイプのものがありますが、それを見ていきますと、非常に重要な問題がまだ未解決のまま残っていることに気づかされます。

すなわち、どのようなinterventionが最も効果があり、どのような家族に対して効果があるのか、どのような臨床家はその治療をすべきか、そしてその評価は何を評価するのか、だれによって評価されるのかという重大な疑問です。すなわち、家族看護におけるinterventionの研究をさらに助けるよすがとなる、いま私がやってきました文献探索からわれわれの学ぶべき重要な教訓

は、このような結果に対するデータは、もしかすると、効果があったかどうかという問題があまりにも狭く概念化されてはいないかということに尽きると思います。すなわち、私たちが学ぶべき教訓は、結果だけではなく、効果という問題に対してもっと強調されるべきであるということでしょう。

Jennings(1991)が最近報告しておりますが、「看護の結果の研究は、いままであまりにもクライアントの行動にのみ重点を置き過ぎている。看護婦の行動について考慮が払われてこなかった」と述べています。

Intervention の効果の研究

私どもでは、この intervention の効果を研究していくうえで看護婦の行動を含めるように考えました。その試みとしてカルガリー大学で始めた方法は、まず単一方法のデザイン(Kazdin, 1982)を使いまして、それを、私たちのやっている仕事を細かく記述するという作業と組み合わせています。

まず標準化されました自己報告という方法を使って、家族機能とか、認知されたストレスをあらわして、それを基礎的データ、intervention のデータ、またフォローアップのデータとしてとります。それを経時的に、個々の家族のそれぞれに対してグラフ化していきます。このような定量化されたデータとともに、私たちが家族と一緒にやってきた臨床的な仕事を細かく記述するようにします。その中には家族とのセッションにおいてどのような意義ある事象があったのか、その事象によって家族機能がどのくらいよくなったのか、認知されたストレスがどのくらい減少したかということがあらわされるようになっていきます。

この結果は2つの論文として出版しております。1つは慢性疼痛を経験している家族のもので(Watson, Bell & Wright, 1992)、もう1つは冠動脈疾患と喫煙の問題をもつ家族に対する研究です(Wright, Bell & Rock, 1989)。これら2つの論文とも、まだささやかな始まりにしかすぎませ

ん。やはりこの intervention と、それがもたらす変化については研究の余地があると思っています。

新進の intervention の研究家は、いままでの intervention の結果だけに集中することから抜け出して、それ以上のもの、すなわち intervention の内部で何が起きているか、あるいは intervention の後で何が起きているかに焦点をあてるようになってきました(Greenberg, 1986, 1991; Johnson & Greenberg, 1988; Pinsof, 1988, 1989)。

まず intervention の間に、例えば看護婦の使った言葉が、患者、クライアントの直接の変化や遅れて出てくる変化にどのように結びついてくるのかというプロセスに集中しています。重点としては、クライアントの intervention からくる結果に集中することはやめて、そこから intervention の間のプロセスを調べるようになったわけです。そして言葉と行動における看護婦、クライアントの相互関係を何とかしてとらえ、それを分析する方向に向かっています。

このようなプロセスにおける重要な3つのニーズを満足させるためには重大な約束事があります。

まず第1に、家族看護の intervention についての共通の言語、第2に、intervention 自身についての細かな記述と、それについてのコンセンサス、第3に、明らかにされた intervention の有用性です。

それでは、私の定義した2番目の問題に移ります。すなわち、私たちが家族を助けるためにしたことをいかに了解させるのかということです。

これについては、プロセスと結果の両方を見ていく必要があると思います。最も新しい intervention の研究においては、どちらか一方よりも、両方ともという近代主義以後の考え方を導入しています。

このようなやり方のもとでは、患者とクライアント、家族と看護婦は、相互作用のプロセスの中で両方とも発展し、両方とも変化していくものだという考え方です。

Intervention が、効果については看護婦が非常に重要な役割を果たすということを認識すると、患者の行動や言語、そして認知プロセスだけではなく、看護婦の行動、言語、そして認知的なプロセスを記述していく必要が出てきます。すなわち、プロセスと結果、そして家族と看護婦の関係は、今後将来の臨床的な決定をしていくうえでの変化の理論をつくり上げていくという目的で、切り離せないほど重要なつながりをもつものになってきているということです。

プロセスと結果の両方を考慮しなければいけないとなるとかなり複雑であり、気がくじけてしまうかもしれません。しかし、現象を単純化しようとするよりは、むしろ私たちはその複雑さにまるとごとチャレンジしていくべきではないでしょうか。そのためには、いろいろな研究方法を創造的に使っていく必要があります。そしてそれによって変化がいかんして起こったかを理解するために、家族と看護婦の間の相互作用がどのように共同して発展していったかを記述する方法を見つけしていくことが重要だと思います。そのために定性的な方法がプロセス・データの分析には有用です。看護婦らはすでにこれらの方法を使用する道を開いていると思います。

Intervention の目的は変化です。したがって、まず最初のステップとしては、何かの意味のある変化があったときにそれに集中していくこととしましょう。私たちの家族看護ユニットにおける家族との実践の中で、私たちは、家族が本当に治癒するようになる、そしてまた健康を回復するといった信じられないような多くの変化に遭遇してきました。ある場合にはその変化があまりにもドラマチックであり、あまりにも大きなものなので、これは奇跡ではないか、魔法ではないかと思うくらいのももありました。そしてこのような大幅な急激な変化を理解するために、私たちは研究プロジェクトを開始させました。

このプロジェクトの中では、この奇跡、魔法についてより多く知ろうとするものです。特に私たちのこのプロジェクトに次のように題をつけております。「家族システムの看護実践における治療

的な変化のプロセスの探究——5つのモデルケースの分析」です。そこでの研究で調べてみようとしているのは、いかにしてこのような治療的な変化が起こったのかという疑問です。

この疑問に答えるための私たちの臨床研究では、1988年から1992年の間に私たちが扱いました家族を調べました。そして5つのモデルケースを選びました。それぞれのケースにおいて家族は非常にドラマチックな、認知的、情緒的、行動的な変化を家族システムの看護面接で遂げたわけですから、これらは2～5回の面接活動でした。それからまたその結果についての研究のために実際の実践活動が終わってから6か月後にもう1回面接をしたときに、それらのモデルケースとなった家族らは、自分たちの問題を提示するうえで非常に大きな進歩がみられました。この研究はいまだ途上ですが、方法について簡単にご紹介したいと思います。そして私どもが発見した1つの例を提示したいと思います。

まず最初に、ビデオテープにとっておいた面接を直接観察することから、データセットをつくり出します。まず最初にビデオテープを全員で見て、家族に対してどのような臨床的な仕事が行なわれたかという全体像を理解するようにします。

次に、研究チームの個々のメンバーが、私たちが治療的な変化のプロセス上で重要だと考えた面接の局面を選び出します。選び出すにあたり、それぞれの看護実践家が家族に対してどのように反応したか、また家族は看護婦に対してどのような形で反応したかを見るために、それぞれの面接の局面を研究することによって選び出します。

次に研究チームのメンバーは一堂に会して、自分たちが選んだ変化の局面の選択を話し合います。そしてその選択がチーム間でコンセンサスとして得られるかどうかを試みます。もしコンセンサスが得られれば、その変化の部分を紙に書き表して、それをもとに解釈学的分析を行ないます。

このようなデータに対して提示される質問は、以下の通りです。

「家族の観点から、また看護婦の観点からみて、

この変化について一体何が起きているのか」「この動きあるいは intervention はユニークなものか、それとも他と似ているものか」「このような変化は前にも起こったことがあるのか」「このような動きに対して何か共通の名称は存在するのか」「存在するのでなければ他に何か呼び方があるのか」。このようなプロセスを行なうことにより、個人的な、また文脈的な、認知的なプロセスが明確になってきますし、そのプロセスを通して実践症例の扱い方や intervention の全体的なモデルがつくられていくようになります。

この実践研究の対象となった1つの家族を紹介しますと、多発性硬化症に罹患している30歳の男性と彼の年老いた両親がその家族です。両親は彼を在宅看護するために国を横断して引っ越してきました。両親の言うところによると、介護によって非常に重荷を背負っている。そして介護からの一時的休息がないので、家庭内で緊張が高まっているということでした。彼らが休息をとるためには、息子の許可を得なければいけないが、それを言い出すことさえできないと両親は感じていました。そこで私がとりました intervention の1つを紹介します。

まずこの家族に対しては、病気の経験を話し合うようにさせました。そのために、どちらかというと、混乱させるような質問をしました。それらの質問は、「この病気から何かいいことがありましたか」「病気の影響が一番大きかったのは誰でしょう」「この病気の中で何が一番の驚きですか」といった質問です。

このようにして、私は病気の経験を検証し、病気と家族の間の相互作用の関係、すなわち、病気が家族に与える影響、家族が病気に与える影響を明確にしようとしたのです。この変化の局面を分析することによって、この家族に対して行なった intervention にラベルをつけることができるようになりました。

私たちはいまこの intervention を「Storying Illness Experience」すなわち「病気経験をストーリーにする intervention」と呼んでいます。この病気経験をストーリーにするという interven-

tion により、看護婦とその息子との間に、多発性硬化症を患っているということからくる感情的な悩みを心と心で対話することができるようになったのです。

息子に接するにあたって、私は息子のもっている悲しみを、怒りと区別するようにしました。そしてまた、内なる号泣、そして外に向けての叫びの間の区別もするようにしました。後半の活動になると、いままで家族と彼のもつ感情的な苦しみについて、話し合ったことがなかったということが判明してきました。

すなわち、両親と息子のもつ感情的な痛みを軽減することによって、変化のための文脈がつけられ、その中ですべての家族がときにはお互いから離れて休息をとる必要があるのだということを、家族の中でオープンに話し合うことのできる環境がつけられるようになったのです。そしてそこからくる結果は、ケアから、両親にとっては一時的に休息を与えること、そしてまた、家庭内での緊張が弱まり、すべての家族にとっての健康が改善されるという結果が生まれました。

1つの家族と看護婦の間の相互作用を分析しましたが、このような簡単な記述の中でも、われわれはプロセスと結果を結びつける努力をしているわけです。そして私たちのこのような研究により、今後 intervention について語る際の新しい言語を獲得することができると信じていますし、またどのような intervention を提供されたかということだけではなく、私たちがそれがどのような患者の役に立ったと考えているかということをも記述することができるようになり、私たちの実践の仕事に対しての、より深い理解が生まれるのではないかと考えています。私たちはこの研究においてのプロセスを非常に楽しんでいますが、あまり結果にばかり拘泥しないようにも努めています。

まとめ

結論です。看護学はいままで非常に多くの健康と疾病が家族に対して与える影響を探究的、記述

的、そして相関関係として調べてくることによって、いわばそのツケを果たしてきたといえるでしょう。人の苦しみを軽減する仕事を実践するものとして、いまこそ intervention に重点をあてるべき時がきています。

私たちのエネルギーを家族看護の intervention の研究に注ぐならば、研究と実践の間の必要な架け橋が生まれてくることでしょう。

そしてより重要なことですが、患者とその家族の情動的、身体的苦しみを軽減するという私たちの看護の目的に、研究をより一致させていくことができるのです。これこそ私たちの究極の使命です。これよりほかに大きな満足の得られることがありますでしょうか。

文 献

- 1) Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. New York : Ballantine Books.
- 2) Bulechek, G. M. & McCloskey, J. C. (1989). Nursing interventions : Treatments for potential nursing diagnoses. In R. M. Carroll-Johanson (Ed.), *Current issues in nursing* (3rd ed., pp. 23-28). St. Louis : CV Mosby.
- 3) Bulechek, B. M. & McCloskey, J. C. (Eds.). (1992a). Defining and validating nursing interventions. *Nursing Clinics of North America*, 27 (2), 289-297.
- 4) Bulechek, G. M. & McCloskey, J. C. (Eds.). (1992b). *Nursing interventions : Essential nursing treatments*. Philadelphia : W. B. Saunders Company.
- 5) Craft, M. J. & Willadsen, J. A. (1992). Interventions related to family. *Nursing Clinics of North America*, 27(2), 517-540.
- 6) Friedman, M. M. (1992). *Family nursing : Theory and practice*. East Norwalk, Connecticut : Appleton & Lange.
- 7) Gilliss, C. L. & Davis, L. L. (1993). Does family intervention make a difference? An integrative review and meta-analysis. *The nursing of families. Theory / research / education / practice* (pp. 259-265). Newbury Park, CA : Sage.
- 8) Greenberg, L. S. (1991). Research on the process of change. *Psychotherapy Research*, 1, 3-16.
- 9) Greenberg, L. S. (1986). Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 4-9.
- 10) Gurman, A. S. & Kniskern, D. P. (1978). Research on marital and family therapy : Progress, perspective and prospect. In S. Garfield & A. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change : An empirical analysis* (2nd ed.). New York : Wiley.
- 11) Jacobson, N. S. (1988). Guidelines for the design of family therapy outcome research. In L. C. Wynne (Ed.), *The state of the art in family therapy research : Controversies and recommendations* (pp. 139-155). New York : Family Process Press.
- 12) Jennings, B. M. (1991). Patient outcomes research : Seizing the opportunity. *Advances in Nursing Science*, 14(2), 59-72.
- 13) Johnson, S. M. & Greenberg, L. S. (1988). Relating process to outcome in marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 14, 175-183.
- 14) Kazdin, A. E. (1982). *Single-case study design : Methods for clinical and applied settings*. New York : Oxford University Press.
- 15) Kniskern, D. P. (1985). Climbing out of the pit : Further guidelines for family therapy research. *Journal of Marital and Family Therapy*, 11, 159-162.
- 16) Maturana, H. (1988). Reality : The search for objectivity or the quest for a compelling argument. *The Irish Journal of Psychology*, 9(1), 25-83.
- 17) Maturana, H. & Varela, F. J. (1992). *The tree of knowledge : The biological roots of human understanding* (2nd ed.). Boston : Shambhala Publications.
- 18) Mischke-Berkey, K., Warner, P. & Hanson, S. (1989). Family health assessment intervention. In P. J. Bomer (Ed.) *Nurses and family health promotion : Concepts, assessment, and interventions* (pp. 115-138). Baltimore, MD : Williams & Wilkins.
- 19) Pinsof, W. M. (1988). Strategies for the study of family therapy process. In L. C. Wynne (Ed.), *The state of the art in family therapy research :*

- Controversies and recommendations* (pp. 159-174). New York : Family Process Press.
- 20) Pinsof, W. M. (1989). A conceptual framework and methodological criteria for family therapy process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 53-59.
- 21) Stewart, B. J. & Archbold, P. G. (1992). Nursing intervention studies require outcome measures that are sensitive to change : Part one. *Research in Nursing & Health*, 15, 477-481.
- 22) Stewart, B. J. & Archbold, P. G. (1993). Nursing intervention studies require outcome measures that are sensitive to change : Part two. *Research in Nursing & Health*, 16, 77-81.
- 23) Watson, W. L., Bell, J. M. & Wright, L. M. (1992). Osteophytes and marital fights : A single case clinical research report report of chronic

- pain. *Family Systems Medicine*, 10(4), 423-435.
- 24) Wright, L. M., Bell, J. M. & Rock, B. L. (1989). Smoking behavior and spouses : A case report. *Family Systems Medicine*, 7(2), 158-171.
- 25) Wright, L. M. & Leahey, M. (in press). *Nurses and families : A guide to family assessment and intervention* (2nd ed.). Philadelphia : F. A. Davis.
- 26) Wright, L. M. & Levac, A. M. (1992). The non-existence of non-compliant families : The influence of Humberto Maturana. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 913-917.
- 27) Wright, L. M., Watson, W. L. & Bell, J. M. (1990). The Family Nursing Unit : A unique L. M. Wright (Eds.) *The cutting edge of family nursing* (pp. 95-109). Calgary, Alberta : Family Nursing Unit Publications.

■ ナイティンゲールの示唆に富むことばをテーマ別に編集

ナイティンゲールのことば その光と影

As Miss Nightingale Said ...

Florence Nightingale Through Her Sayings—A Victorian Perspective

編集 モニカ ベイリー

訳 助川尚子 聖路加看護大学教授

現代イギリスのナイティンゲール研究の第一人者が、本邦初訳の資料を含めて、ナイティンゲールの著作・書簡、その他の第一次資料をもとに、示唆に富むことばを集めたもの。

「ヴィクトリア時代の一家」「神のお告げ」「戦争と軍隊」「社会政策」「病院とその管理・運営」「女性」「看護の本質」「看護教育」「看護管理」などをテーマ別に編集し、各テーマごとに編者の解説が付けられている。

ナイティンゲールのことばを、公平で客観的な視点から取り上げており、気軽に楽しく読めるように編集されている。ナイティンゲールの人物像を知るのに最適の書。



●A5 頁196 図5 写真6 1994

定価2,472円(税込) ¥400 [ISBN4-260-34151-0]

新刊

医学書院

1113-911 東京・文京・本郷5-24-3

03-3817-5657 (お客様担当)

03-3817-5650 (書店様担当)

振替 00170-9-96693