

〔報 告〕

入院患者の家族に対する看護婦の認識の構造と関連要因

三 浦 まゆみ

要 旨

本研究の目的は、入院患者の家族に対する看護婦の認識を明らかにすることである。看護婦の家族に対する認識については先行研究を参考に、「家族分析の視点」「家族看護介入技術」「家族と人間関係を築く技術」に分類し、看護婦95名を対象に質問紙調査を実施した。その結果を因子分析し、各項目の要素の抽出を試みた。

①「家族分析の視点」では家族成員間の関係性、家族の病院への適応性、経済性、地域社会との関係、家族の特性、家族自身のニーズの6要素が抽出され、統合性に関する項目は関係性、適応性に吸収された形となった。②「家族看護介入技術」では情緒的支援、疲労への配慮、社会資源の活用、調整的役割、教育的かわり、患者のセルフケア力の支援、積極的配慮の7要素となり、家族の対処力に関する項目は除外された。①②より、単位として家族を対象としてみるという意識が弱いといえる。③「家族と人間関係を築く技術」では説明の技術、中立的価値観、不安の軽減という、看護の専門性を含んだ看護婦の基本的援助姿勢と入院初期の家族の対応に関する3要素が抽出された。

この専門性が含まれる「人間関係を築く技術」には「家族分析の視点」と「家族看護介入技術」が関連していることが重回帰分析より明らかとなり、「家族と人間関係を築く技術」の要素は看護婦として家族のニーズをどうとらえ、どのような援助をしようとしているのかという専門技術と密接に関連していると考えられる。

キーワード：看護婦の認識、入院患者の家族、家族援助技術

1. はじめに

家族看護は、家族との援助関係の形成、家族像の形成・家族アセスメント、家族の病気体験の理解、そして家族への援助というプロセスを経て提供される¹⁾といわれている。この家族看護を、日々の患者ケアの中で繰り広げている看護者によって、家族の状況を理解しようという試みや家族援助のプロセスやかかわりの分析^{2)~7)}、さらには家族看護を専門とする看護者の家族看護介入方法の開発への取り組み⁸⁾が行われ、その成果が近年報告されている。家族援助の目標は「家族が、本来もっているセルフケア機能を促進

し、高めること」⁹⁾であり、そのためには援助要素であるパートナーシップ関係の形成、看護婦自身の基本的援助姿勢や認識¹⁰⁾と一定の枠組みをもつことによって家族への有効な働きかけが可能となろう。

しかしまだ一方で、看護者—患者関係が中心となる臨床場においては、家族援助は従来の患者のケアにおける補足的なものと考えられ、とくに家族との援助関係形成の過程においては家族個々の特性に苦慮する場面も多く、その困難さが家族への有効な援助の妨げとなっているのも要因の1つと思われる。

このような人間関係を円滑にするという機能は、一般には社会的スキルといわれるが¹¹⁾¹²⁾、看護におけるこの社会的スキル¹³⁾は、専門性が求められ、それゆえ看護者として要求される意思決定に必要な知識と

看護実践を支える技術を伴う内容が含まれていなければならない。従って、この専門的知識・技術が家族との人間関係に影響を与えているのではないかと考えられる。

家族看護がますます注目されてきている今日、病院で働く看護婦がどのような知識や関心を持って患者の家族をみつめ、働きかけているのか家族看護に携わる看護婦の認識の構造を見出し、その認識が家族との人間関係の形成にどのような影響を与えるのかを明らかにしたいと考え、調査を行ったのでその結果を報告する。

II. 目的

入院患者の家族に対する看護婦の認識の構造とその関連について、家族の見方、援助方法、家族との人間関係の形成という視点から明らかにする。

III. 研究方法

1. 対象：岩手県内 B 総合病院看護婦 95 名（内科・外科病棟勤務）
2. 期間：1998 年 8 月 12～21 日
3. 方法：無記名の質問紙調査。病棟単位毎に依頼及び回収をした。

質問紙の内容は、家族の見方を「家族分析の視点」とし、島内¹⁴⁾の家族分析・援助のための個人・関係性・統合性・経済・社会性の枠組みを用い、太田ら¹⁵⁾を参考に 25 項目の質問項目を作成した。また援助方法を「家族看護介入技術」とし、野嶋¹⁶⁾の枠組みや事前調査の結果を参考にし、18 項目の質問項目を作成、そして家族との人間形成については「家族と人間関係を築く技術」として事前調査の結果等を参考に、独自に 12 項目を作成した。回答は 5 件法とし、全くない 1 点、あまりない 2 点、普通 3 点、かなりある 4 点、非常にある 5 点の得点を付与し、高得点ほど強く認識を感じているように算出した。

IV. 結果

1. 対象者の経験年数

回答者 95 名の経験年数は 10 年以下が 42 名 (44.2%)、11～20 年が 26 名 (27.4%)、21 年以上が 27 名 (28.4%) であった。

2. 入院患者家族に対する認識の構造

認識の枠組みとした「家族分析の視点」「家族看護介入技術」「家族と人間関係を築く技術」各項目の得点の平均値、標準偏差を算出し、反応に歪みのある項目を除き、主因子法・直交解にて因子を抽出し、バリマックス回転を行い、表 1～3 のような因子負荷行列を得た。結果は以下の通りである。

1) 「家族分析の視点」

25 項目の内訳は、『個人』6 項目、『関係性』6 項目、『統合性』4 項目、『経済性』4 項目、『社会性』4 項目である。この 25 項目中、反応に歪みがある等の 6 項目を除いた 19 項目について因子分析を行った。6 因子による累積寄与率 65.04%、因子負荷量の絶対値 0.45 以上の項目を取り上げ、下位尺度を構成した。それぞれの尺度の信頼係数 α は表 1 のとおりであり、内的整合性があると判断した。第 1 因子に負荷量の高かった項目は 5 項目であり「患者と家族の関係」「家族間関係」などの『関係性』他、『統合性』の項目「家族内の協力」も含まれていた。第 2 因子も 5 項目で『関係性』の「医師等と家族との関係」「同室者と家族との関係」の他、『個人』の項目「治療方針の理解」、『統合性』の項目「患者の処遇の家族方針」も含まれ、病院の環境や治療に伴う家族の反応として共通性がみられた。第 3 因子は『経済性』の 2 項目「入院に伴う費用」「病院にかかる費用」であったが、「病院と家との距離」「住居環境」は除外された。第 4 因子は『社会性』の 3 項目「親戚との関係」「地域社会との交流」「社会資源の活用方法」であったが、「家族の仕事について」は除外された。また『個人』の項目は第 5・第 6 因子と 2 項目ずつ 2 因子となり、家族の特性と、家族のニーズとに分けられた。当初の

表1. 家族分析の視点の因子構造

項目	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子
	家族成員間の関係性	家族の病院への適応性	経済性	地域社会との関係	家族の特性	家族自身のニーズ
家族と患者との関係はどうか。	.823	.166	.018	.025	.309	.108
家族と患者とのコミュニケーションはどうか。	.663	.303	.128	.146	.221	.111
患者と家族のキーパーソンはどうか。	.606	.201	.005	.059	.290	.279
家族内の協力はどうか。	.528	.155	.310	.227	.065	.166
家族間の関係はどうか。	.463	.165	.316	.076	.441	.072
医師や他の医療従事者と家族の関係はどうか。	.099	.746	.122	.193	.155	-.040
看護婦と家族の関係はどうか。	.180	.644	.166	.207	.393	.052
患者の処遇についての家族の方針はどうか。	.351	.585	.315	.222	-.080	.317
家族が治療の方針を理解しているか。	.407	.570	-.074	-.105	.071	.357
同室者や家族との人間関係はどうか。	.163	.560	.107	.272	.249	.191
入院に伴う費用はどうか。	.124	.164	.919	.273	.086	.069
病院にかかる費用はどうか。	.076	.212	.904	.297	.127	.064
病気に関することで親戚との関係はどうか。	.105	.232	.224	.843	.160	.069
近隣及び地域社会との交流への影響はどうか。	.049	.147	.234	.747	.178	.124
家族に必要な社会資源の活用方法はどうか。	.148	.264	.205	.616	-2.678E-03	.257
家族のキャラクターはどうか。	.297	.276	.061	.117	.692	.136
家族はどのような価値観をもっているか。	.311	.225	.016	.121	.653	.384
家族がどのように患者の心身の状態をとらえているか。	.268	.128	.039	.202	.232	.722
家族自身のニーズは満たされているか。	.213	.168	.254	.299	.310	.616
寄与率 (%)	13.89	12.04	11.26	11.18	9.00	7.68
累積寄与率 %	13.89	25.93	37.19	48.36	57.36	65.04
信頼係数	0.85	0.83	0.80	0.83	0.80	0.83

表2. 看護婦の家族看護介入技術の因子構造

項目	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子	第7因子
	情緒的支援	疲労への配慮	社会資源の活用	調整的役割	教育的かわり	患者のセルフケア力への支援	積極的な配慮
家族の動揺を受け止める。	.805	.230	.142	.263	.121	.078	.154
家族の要求に応える。	.700	.217	.159	.207	.148	.228	.181
必要時場所を設定し、家族の話を聞く。	.510	.115	.322	.210	.390	.223	.153
患者の様子を見て休むように促す。	.247	.888	.187	.068	.121	.165	.105
付添う家族の休む環境に気を配る。	.158	.656	.237	.138	.240	.183	.297
地域のソーシャルサポートの活用を家族に説明する。	.140	.133	.894	.118	.268	.032	.098
ケースワーカー等社会資源の活用をする。	.182	.247	.688	.118	.156	.201	.086
医師に対して家族の代弁をする。	.262	.072	.139	.691	.203	.246	.140
患者の気持ちを代弁する。	.283	.041	.049	.554	.310	.284	.375
医師との橋渡しを行い面談を設定する。	.342	.327	.266	.548	.261	.156	-.078
家族間の役割を調整し、介護することが可能なように指導する。	.178	.150	.294	.189	.826	.164	.087
患者の病気や行動を理解できるように教育的にかかわる。	.107	.182	.244	.255	.588	.239	.285
患者の自立を促し、家族を安心させる。	.103	.192	.150	.196	.238	.817	.221
患者のセルフケア力を強める。	.336	.231	.115	.310	.144	.682	.026
家族の気持ちを押し量り、ねぎらいの言葉をかける。	.307	.332	.182	.130	.123	.197	.620
寄与率 (%)	45.56	7.28	6.44	4.92	3.17	2.90	2.12
累積寄与率 (%)	45.56	55.84	62.27	67.19	70.36	73.26	75.38
信頼係数	0.71	0.87	0.85	0.82	0.83	0.86	—

表3. 家族と人間関係を築く技術の因子構造

項目	第1因子	第2因子	第3因子
	説明の技術	中立的価値観	不安の軽減
患者が今どういう状態にあるのか、わかりやすいことばで説明をする。	.746	.150	.096
家族の状況に応じたわかりやすい言葉で率直に援助の意志を伝える。	.720	.349	.166
家族からの質問や疑問に対しては誠実に対応する。	.603	.330	.111
家族からの訴えを待つだけでなく、家族の反応をみながらあなたからの問題を予測し、家族に投げかけてみる。	.546	.270	.347
家族が訪れた時は、必ず話しかけるようにする。	.502	.052	.228
家族のイメージに対するあなた自身の個人的な価値観で判断しない。	.107	.747	.041
あなたが捉えた最初の家族像に固執しない。	.088	.690	.115
個々の家族の立場があることを考慮し、中立の立場をとる。	.246	.610	.147
医療者の論理をおしつけない。	.200	.575	-.015
家族自身の決定を尊重する姿勢を示す。	.379	.507	.239
初対面の場合あなたの方から自己紹介をする。	.155	.160	.822
病院という新しい環境に適応できるように配慮する。	.389	.027	.581
寄与率(%)	20.31	19.56	11.21
累積寄与率(%)	20.31	39.87	51.08
信頼係数	0.83	0.79	0.69

表4. 家族と人間関係を築く技術の生起に関わる家族看護介入技術と家族分析の視点要因の標準偏回帰係数

項目	家族と人間関係を築く技術			
	第1因子 説明の技術	第2因子 中立的価値観	第3因子 不安の軽減	
家族分析の視点	家族成員間の関係性	.250 *	.395 ***	n.s.
	家族の病院への適応性	.267 *	.435 ***	n.s.
	経済性	n.s.	-.232 *	n.s.
	地域社会との関係	n.s.	n.s.	n.s.
	家族の特性	n.s.	n.s.	n.s.
	家族自身のニーズ	.281 **	n.s.	.615 ***
説明率	44.4%	43.9%	37.8%	
家族看護介入技術	情緒的支援	.459 ***	.491 ***	n.s.
	疲労への配慮	n.s.	n.s.	n.s.
	社会資源の活用	n.s.	n.s.	n.s.
	調整的役割	.280 *	n.s.	n.s.
	教育的かわり	n.s.	n.s.	.359 ***
	患者のセルフケア力への支援	n.s.	n.s.	n.s.
積極的配慮	n.s.	n.s.	n.s.	
	42.1%	24.1%	12.9%	

注) * p < .05 ** p < .01 *** p < .001

『統合性』の項目「残された家族の家事の対応」「家族の役割の変化」は除外され、他の2項目については第1・第2因子に含まれている。それぞれの因子を表1のとおり命名した。

2) 「家族看護介入技術」

18項目の内訳は『情緒的支援の提供』7項目、『橋渡し・代弁』3項目、『教育・役割調整』『社会資源の活用』2項目、『患者自身への援助』2項目、『危機への働きかけ』1項目である。この18項目中、反応に歪みがある3項目を除き、15項目について因子分

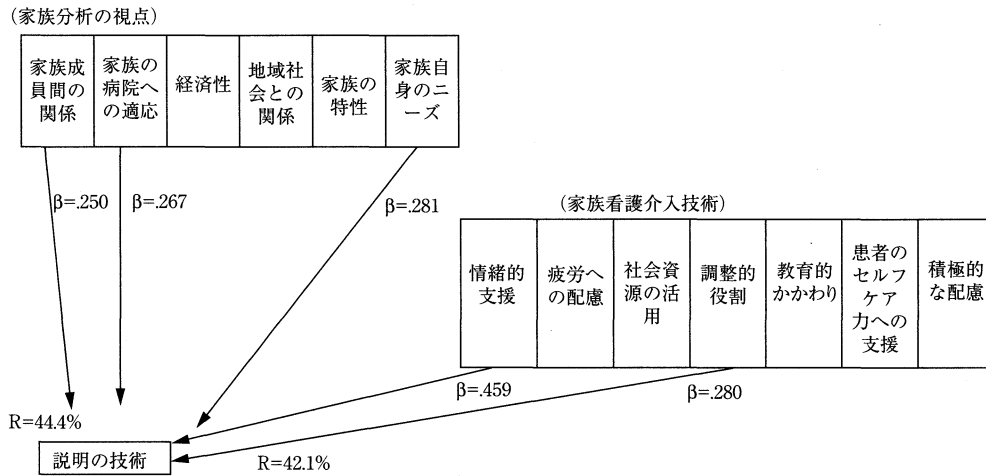


図1. 家族と人間関係を築く技術（説明の技術）を規定する看護婦の認識の要素

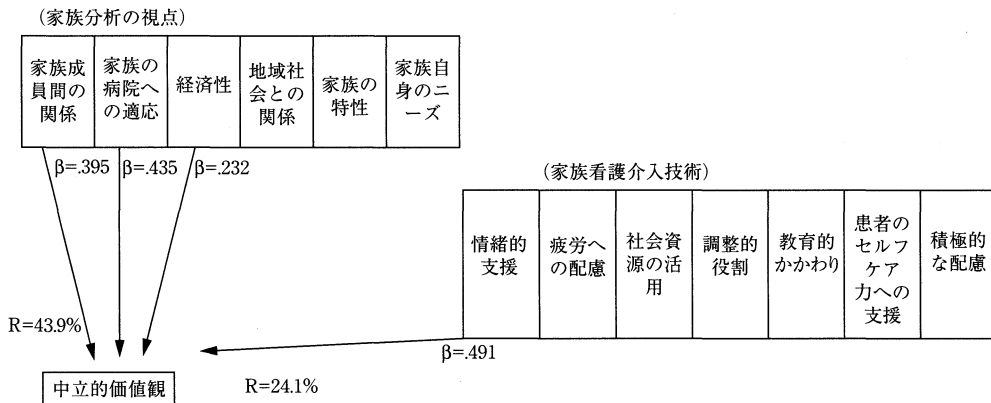


図2. 家族と人間関係を築く技術（中立的価値観）を規定する看護婦の認識の要素

析を行った。7因子による累積寄与率 75.38%、因子負荷量の絶対値 0.5以上の項目を取り上げ、下位尺度を構成した。それぞれの尺度の信頼係数 α は表2のとおりであり、内的整合性があると判断した。『情緒的支援の提供』7項目の「質問や疑問に対する説明」は除外され、6項目は精神的側面の支援としての第1因子3項目、身体的側面の支援としての第2因子2項目、ねぎらいの第7因子1項目にわけられた。『社会資源の活用』の項目は第3因子に、『橋渡し・代弁』の項目は第4因子に、『患者自身への援助』の項目は第6因子にそれぞれ対応していた。また第5因子は2項目で、『教育・役割調整機能』の項目であるが「家族間の役割機能を調整し介護に当たれるよう指導」の項目は除外された。『危機への働きかけ』1項目も除外された。それぞれの因子を表2のとおり

命名した。

3) 「家族と人間関係を築く技術」

12項目について因子分析を行った。3因子による累積寄与率は 51.08%、因子負荷量の絶対値 0.5以上の項目であり、第1因子は「分かりやすい言葉で説明」「質問に対して誠実に対応」「家族の反応みながら問題をなげかけてみる」など5項目、第2因子は「個人の価値観で判断しない」「家族自身の意思決定を尊重」など5項目、第3因子は「初対面で自己紹介する」「病院の環境に適応できるという配慮」2項目で、それぞれの因子を表3のとおり命名した。

3. 「家族と人間関係を築く技術」への「家族看護介入技術」「家族分析の視点」の影響

各項目の因子分析の結果をもとに、「家族と人間関係を築く技術」3項目群の得点をそれぞれ目的変数

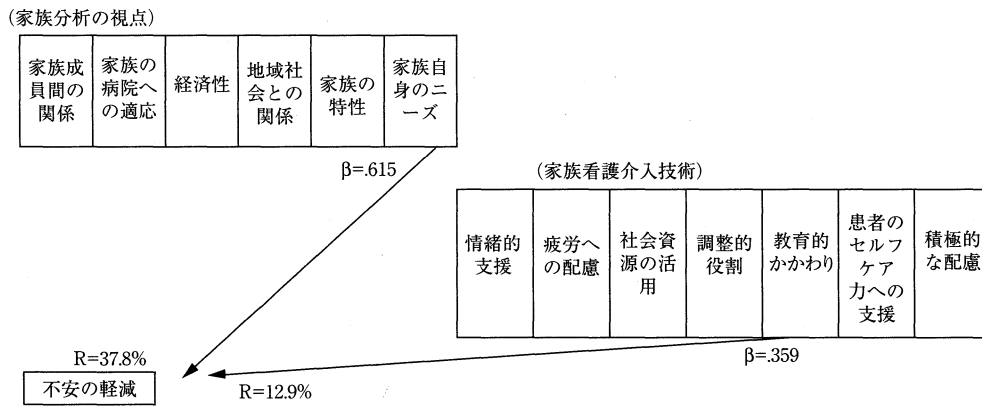


図3. 家族と人間関係を築く技術（不安の軽減）を規定する看護婦の認識の要素

とし、「家族分析の視点」6項目及び「家族看護介入技術」7項目をそれぞれ説明変数として重回帰分析を行い、「家族看護介入技術」と「家族分析の視点」の要素の中で、何が「家族と人間関係を築く技術」の生起に関わっているのかを明らかにした（表4）。

説明変数の選択は、ステップワイズ法（有意水準として $p < .05$ ）を用いた。

第1因子【説明の技術】については、「家族分析の視点」の要素では【家族成員間の関係性】【家族の病院への適応性】【家族自身のニーズ】が選択（説明率 44.4%）、「家族看護介入技術」の要素では【情緒的支援】【調整的役割】が選択された（説明率 42.1%）（図1）。

第2因子【中立的価値観】については、「家族分析の視点」の要素では【家族成員間の関係性】【家族の病院への適応性】【経済性】が選択（説明率 43.9%）、「家族看護介入技術」の要素では【情緒的支援】が選択された（説明率 24.1%）（図2）。さらに第3因子【不安の軽減】については、「家族看護介入技術」の要素は【教育的かかわり】が選択（説明率 12.9%）、「家族分析の視点」の要素では【家族自身のニーズ】が選択された（説明率 37.8%）（図3）。

V. 考 察

本研究では、家族看護に携わる看護婦に必要な技術を、「家族分析の視点」「家族看護介入技術」「家族と人間関係を築く技術」の3つに分類し、これらの因子

の特定を試み、その中で「家族と人間関係を築く技術」と他の技術との関連性について検討し、分析してきた。その結果について以下に考察する。

1. 家族看護に携わる看護婦に必要な「家族分析の視点」「家族看護介入技術」「家族と人間関係を築く技術」の因子分析結果の検討

家族分析・援助のための枠組みに基づき調査を実施し、因子分析の結果として「家族分析の視点」は6因子が抽出され、第5・6、第3及び第4因子は、枠組みの『個人』『経済性』『社会性』に対応していた。それぞれの要素をみると、患者のケアに直結するような項目が含まれており、病院と家との距離や住居環境、家族の仕事に関する項目は除外されていることから、患者を中心として家族を捉えていることが推察される。また枠組みの『統合性』は今回の調査では抽出されず、『統合性』が『関係性』に吸収された形で第1、第2因子を構成している。これらは家族機能としてアセスメントしている内容ともいえ、家族機能にかなり注目しているが、その反面家族対処力としてのアセスメントは弱いことが推測される。従って家族看護の焦点は個から家族の関係・家族単位へ拡大しており¹⁷⁾、個人・家族・社会システムの分析視点を持つことが重要¹⁸⁾といわれるが、今回の調査では家族単位への拡大については不十分なことが確認された。

次に「家族看護介入技術」は、『情緒的支援の提供』が第1・2・7因子に細分化され、かなり注目してい

ることが確認できた。他の因子は、ほぼ枠組みの項目に対応していたが、家族の役割機能の調整や、危機状況を把握し危機への働きかけの項目は除外され影響が少ないことがうかがえた。このことは家族介入としてのストレス対処方法の指導や家族力の育成、危機への働きかけ¹⁹⁾の項目は抽出されず、「家族分析の視点」と同様に家族のセルフケア能力、対処力に関する介入の認識が弱いことが伺える。

最後に「家族と人間関係を築く技術」について、入院初期の家族に注目した第3因子は、他人との最初のかかわりとして大切な社会的スキルといえるだろう。また第1因子は看護婦が常に患者の状態を把握し、家族が何を欲しているかを予測しうることが前提の項目であり、第2因子は看護婦の基本的援助姿勢²⁰⁾と対応した内容であった。これらは家族自身の力を信じ、専門的知識や家族への関心の高さを伴い成立つ内容であり、その内容を含む「家族分析の視点」や「家族看護介入技術」の認識がこの「家族と人間関係を築く技術」に影響を与えていると考えられる。この点について重回帰分析の結果をもとに考察する。

2. 「家族と人間関係を築く技術」と「家族看護介入技術」「家族分析の視点」との関連についての検討

看護の社会的スキルの一部としてとらえた「家族と人間関係を築く技術」に影響を与える要素として、「家族分析の視点」では【家族成員間の関係性】【家族の病院への適応性】【経済性】【家族自身のニーズ】、「家族看護介入技術」では、【情緒的支援】【調整的役割】【教育的関わり】であり、いずれも家族自身が患者の入院によって生じる問題への対処をどう考えようとしているのか、という点に着目していた。これは家族援助方法の家族成員個々に対する役割²¹⁾に対応しており、看護婦の家族成員個々のニーズに関心をむけ、応えようとする認識が、家族との人間関係を築く技術の認識に影響をしていることが確認された。しかし本来家族は複雑で全体像を掴むことが難しい²²⁾。家族のニーズが家族のどのような認識のもとで起こっているのかを判断する【家族の特性】との関

連がみられなかったことは、それぞれの家族の特徴によって「家族と人間関係を築く技術」は、バラツキが生じることも示唆しているようにも思われる。

また、入院初期という限定の環境の内容であった「家族と人間関係を築く技術」の要素の1つである【不安の軽減】は、「家族分析の視点」の【家族自身のニーズ】と、「家族看護介入技術」の【教育的かかわり】との関連が示された。入院生活は今までの文化と異なる医療の世界の文化に入ることになる。従って入院初期においては医療者が伝えたい専門用語としての意味と患者や家族が受け取る日常、あるいはそれまでの人生でその言葉に付してきた意味が乖離しがちである。その後さまざまな関わりの中で、この病院社会に適応するために医療者の行動を学び、自分達はどう対処したらよいか行動パターンを身につけていこう²³⁾。この相互作用が始まるべき初期の段階に、家族自身が何を求め、患者をどうとらえているのかという視点と教育的なかかわりをもって家族へアプローチする内容に関連があるという結果は意味あることと考える。

VI. おわりに

病院の看護婦が患者の家族をどう認識しようとしているのか、一病院のみの調査ではあるが明らかにすることができた。家族看護のとらえ方は看護者に浸透しているとはいいいきれず、調査結果でも家族個人の問題や患者を中心とした家族間の関係については関心をもっているものの、患者から見た家族という視点が強く、その見方からくる限界を意識し、苦慮しているようにも思われた。単位として家族をみる見方が意識化され、体系化なされればより有効な働きかけが可能となるのではないかとと思われる。また人間関係を円滑にする機能としてとりあげた「家族と人間関係を築く技術」は、看護婦として、家族をどうとらえ、何を援助しようとしているのか、という看護の専門性と密接に関連していることが改めて確認できた。家族は複雑であり、全体を把握することはな

かなか難しいが、その過程が「人間関係を築く技術」を発展させることにもなるのではないかと考える。

本論文は、岩手大学大学院人文社会科学部研究科（修士課程）における1998年度修士論文の一部を加筆修正したものである。御指導頂いた岩手大学人文社会科学部堀毛一也教授に感謝いたします。

文 献

- 1) 野嶋佐由美, 西岡史子: 病者を抱えた家族に対する家族看護の展開, インターナショナルナーシングレビュー, 23(2), 41-46, 2000
- 2) 黒田裕子: 状況的な危機を体験する家族への援助, 看護技術, 140(14), 78-82, 1994
- 3) 谷野宮万喜, 三浦 節, 池 潤子: 入院患者を抱える家族のストレス, 日本家族看護学会第3回学術集会抄録集, 30, 1996
- 4) 中村めぐみ: 悪性腫瘍で病名を告知されずに化学療法を受けている患者と密接にかかわる家族のストレスコーピング, 看護研究, 125(2), 129-137, 1992
- 5) 松嶋尚子, 高橋富子, 目黒会津子: 悪性脳腫瘍患者の家族への援助—合併症より悪化の道をたどった事例を通して—, 臨牀看護, 25(12), 1759-1766, 1999
- 6) 元尾サチ, 正島知恵子, 川島和代: 入院患者家族との関係修復に向けての看護, 臨牀看護, 25(12), 1753-1758, 1999
- 7) 渡辺裕子, 鈴木和子, 薄井坦子, 他: 家族を対象とした看護過程における看護婦の認識の特徴—家族の対処行動を促した看護過程の分析—, 千葉大学看護学部紀要, 16, 81-93, 1994
- 8) 戸井間充子, 白石日出子, 森山美知子: 糖尿病患者の家族関係に生じるノンコンプライアンスの要因と治療的变化を起こした看護介入, 家族看護学研究, 5(1), 1999
- 9) 鈴木和子: 家族援助における看護の機能と看護研究, 対象領域別の家族援助に共通する視点, 日本看護科学学会誌, 15(1), 24-27, 1995
- 10) 鈴木和子, 渡辺裕子: 家族看護学—理論と実践(第2版), 日本看護協会出版会, 1999
- 11) 菊池章夫, 堀池一也, 編著: 社会的スキルの心理学, 川島書店, 1994
- 12) 菊池章夫: また思いやりを科学する, 川島書店, 185-207, 1998
- 13) 千葉京子, 相川 充: 看護における社会的スキル尺度の構成, 看護研究, 33(2), 139-148, 2000
- 14) 島内 節: 看護における家族分析・援助のための枠組みの検討—演繹的・帰納的アプローチを試みて, 看護研究, 22(5), 27-43, 1989
- 15) 太田にわ, 草刈淳子: 病児に付き添う母親の「気がかり」からみた家族アセスメント, 看護研究, 30(4)59-68, 1997
- 16) 野嶋佐由美: 家族看護学の課題, 看護技術, 40(14), 6-10, 1994
- 17) 前掲 10)
- 18) 高階恵美子, 島内 節: 家族援助に関する諸理論の統合的な利用法, 看護技術, 40(14), 59-72, 1994
- 19) 前掲 16)
- 20) 前掲 10)
- 21) 前掲 10)
- 22) 野嶋佐由美, 長戸和子: 家族との援助関係形成, Quality Nursing, 3(4), 39-45, 1997
- 23) Kershaw, B, Price, B, 数間恵子, 他: 看護モデルを使う③—リールの相互作用モデル, 医学書院, 202-226, 1993

The structure of nurses' cognition on patients' families in the hospital and the relation of it's elements

Mayumi Miura

Faculty of Nursing, Iwate Prefectural University

Key words: nurses' cognition, patients' family, nursing skills of families

The aim of this study is to clarify how nurses recognize patients' families and support them.

In this survey, I divided nurses' cognition into following 3 fields according to nursing skills: nurses' observation of patients' families which consists of 6 factors, nursing skills of supporting families which consists of 7 factors, and skills of building up reliable relations which consists of 3 factors.

These nursing skills are related to each other. And it has become clear that skills of building up reliable relations are influenced by nurses' observation of patients' families and nursing skills of supporting families.