

男性入院患者の看護師への援助要請に伴う心理プロセス

(援助要請／男性患者／看護師)

鳴海喜代子¹⁾・長田京子²⁾・石川みち子³⁾・鈴木美代子⁴⁾

Psychological Help-Seeking Process Associated With Hospitalized Male Patients

(help seeking / male patient / nurse)

Kiyoko NARUMI, Kyoko OSADA, Michiko ISHIKAWA and Miyoko SUZUKI

Abstract This study examines the psychological help-seeking process associated with hospitalized male patients. The participants were 17 male patients. Their experiences of asking nurses for help were obtained through semi-structured interviews.

The results of data analysis, based on the modified grounded theory approach, produced 15 concepts and six categories. Concerning help for problems directly linked to the purpose of hospitalization, the patients felt that “seeking help from the nurse was natural for them.” However, in other cases, they felt that “seeking help from the nurses was confusing” at the beginning of hospitalization. In addition, these patients believed that if they grew accustomed to their lives in the hospital, then they would “hesitate to seek help” and eventually “give up making individual requests.” With regard to those who remained hospitalized for longer periods of time, two contrasting cases were found. In the first case, if the patients positively evaluated the nursing that they had received so far, they felt that they could “seek help easily,” whereas those who negatively evaluated the nursing that they had received so far felt “reluctant to seek help.” Finally, for the patients who were not accustomed to hospitalization, the nurses’ informed consent regarding help seeking, in addition to the orientation of hospitalization, enabled the patients to seek help in times of need.

【要旨】研究目的は、入院患者の看護師への援助要請に伴う心理を明らかにすることである。男性患者17名に半構成的面接を行い、看護師に援助を依頼した経験について尋ねた。分析は、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチに基づいて行った。

分析の結果、15概念と6カテゴリーが生成された。患者は、入院目的に直結した問題に対する援助には、看護師への【依頼の当然さ】を感じていた。しかし、そうでない場合は、入院当初には【依頼の戸惑い】を感じ、入院生活にやや慣れてくると【依頼の遠慮】や【個人的希望の諦め】をしていた。さらに入院が継続すると、それまでに受けた看護を肯定的に評価する場合は【依頼の気安さ】を感じ、一方、否定的に評価する場合は【依頼への抵抗感】を感じていた。入院に不慣れな患者が、看護師への援助要請をスムーズに行うには、入院生活のオリエンテーションだけでなく、援助要請に関する看護のインフォームド・コンセントが必要である。

I. 諸言

看護職は、患者の健康上のニーズのアセスメントに基づいて看護を計画・実践し、その援助が患者や家族の満足を得られるものであったかどうかを評価する、いわゆる看護過程の展開を行っている。この過程においては、患者の意思や感情が十分に表出され、それらを看護師が理解することによって、患者個々のニーズを反映した個別的な看護計画・実践となり、提供され

¹⁾ 武蔵野大学看護学部

Musashino University Faculty of Nursing

²⁾ 島根大学医学部看護学科

Department of Fundamental Nursing, Shimane University Faculty of Medicine

³⁾ 日本保健医療大学保健医療学部看護学科

Department of Gerontological Nursing, Japan University of Health Science

⁴⁾ 岩手県立大学看護学部

Iwate Prefectural University Faculty of Nursing

る看護の質が担保されると考える。最近の考え方においても、看護計画に当事者が参加して、患者と看護師が内容を共有しながら実践すること¹⁾が望まれるようになってきているが、現状では看護師主導の実践であることは否めない。患者にとって適切な看護が提供されるためには、「患者が援助要請できる」ことも重要と考える。

筆者らは、これまで、患者と看護師間の援助行動について、患者の立場に焦点を当てて検討してきた。援助行動とは、自力では解決困難な問題に直面した個人が、他者に援助を求める援助要請に援助者が援助授与で応じることであり、「援助の要請 (help-seeking)」「援助の提供 (help-giving)」「援助の受容 (help-receiving)」というプロセスからなりたっている^{2,3)}。この後には、被援助者が受容した援助を評価し、それに基づいて援助者に反応する(感謝する等)というプロセスが続いている。「援助要請の意思決定」の中心課題は、被援助者には、もし援助を受けたならば何らかの返礼をしなければならないという「心理的負債 (indebtedness)」の感情が生じることであり、援助要請することによって予想される利得と損失、または、援助要請しないことによって予想される利得と損失が検討され、最終的には被援助者によって援助要請するかしないかの意思決定がなされる^{4,5)}。そして、援助を受けることで何らかの返礼をしなければならないという状態、すなわち心理的負債感が被援助者内に強く生じる場合には、援助要請しにくい状況をもたらすと考えられている。

この一連の援助行動のプロセスは、看護場面においても通常に経験されることである。患者と看護師間の援助行動は職業的な援助であるが、患者は看護師に援助を依頼することに申し訳ないと感じたり、心理的負債感を感じることはあると考える。我が国における患者と看護師間における援助要請の研究について先行研究を検索したところ、看護研究の中には、援助要請や心理的負債感に焦点をあてて患者の視点から検討した報告は、筆者ら^{6,7)}の他に見当たらなかった⁸⁾。しかし、患者が援助要請をする時の心理的負債感に近い感情として、「遠慮」「気遣い」「気兼ね」の要因に関する報告があり、患者が看護師に援助を求める際に躊躇することが示されている。これらは、日本人独特の国民性が反映された感情であると思われ、遠慮や気兼ねによって、患者が看護師に援助を依頼しにくい要因として、羞恥心を伴うケア、夜間のケア、個人の好みなどの質的に高次なケア、患者の年齢や個人的特性などが報告されている⁹⁻¹²⁾。

また、筆者らは、看護が職業的な援助であることから、日常生活場面における援助行動とは異なる点があ

るのではないかと考え、「患者の援助要請の意思決定の生起過程」について検討を行った。その結果、患者と看護師間の援助行動として、①患者がニーズの発生から援助を要請して援助の提供を受容するプロセス、②患者が援助要請をしなくても看護が提供されるプロセス、あるいは、③患者が援助要請をせず看護も提供されない、という3つのプロセスが抽出された¹³⁾。このうち、患者が援助要請をしなくても看護が提供されるという点が、専門職として看護師が行う援助の特徴と考えられた。患者が援助要請をしなかった後の心理として、鎮痛剤を積極的に使用しないことへの不満、我慢しなくてよいことの説明が少ないことへの困惑など、看護に対する不満や困惑の構成要素も取り出すことができた。これは、「援助の受容」段階における患者の心理の一部として把握できたことにより、今後の研究の方向性に示唆を与えるものであった。

その後の研究において、患者と看護師間の援助行動を「援助の要請」「援助の提供」「援助の受容」の一連のプロセスととらえ、患者が心理的負債を感じやすい「援助の要請」の段階に注目して検討を行ってきた。患者の援助要請の意思決定のプロセス(困難の発生、援助要請の検討、援助要請の意思決定、援助の提供、援助の受容と評価・フィードバック)⁷⁾ということは明らかにできたが、患者が援助要請を検討している段階での心理状態については検討不十分であり、看護として患者の援助要請という点から援助を行うには、援助要請の意思決定にいたるまでの心理を詳細に探究する必要があると考えた。

以上より、援助要請には、その過程において患者のさまざまな心理が働くことが推察され、本研究では、これまでの筆者らの研究に継続し、看護師への援助要請の意思決定に至るまでの患者の心理の詳細について検討する。なお、看護師への援助要請には性差が影響すると考え、本研究では男性入院患者を対象とした。援助要請は、患者が看護師に自らの意思を積極的に伝えるために、また看護師が患者によりよい看護を提供するために重要な要素であり、患者の援助要請に伴う心理を詳細に把握する意義は大きいと考える。

II. 研究目的

本研究は、男性入院患者の看護師への援助要請に伴う心理を明らかにし、患者の援助要請に関する看護上の示唆を得ることを目的とする。

III. 用語の定義

本研究では用語を次のように定義して用いる。

援助要請：入院患者が看護師に看護ケアを依頼するために起こす行動である。ここでいう看護ケアとは、患者が援助を要請する、またはしないにかかわらず、患者が看護師に援助を依頼したいと考える内容を示している。依頼の仕方には、「～してください」「痛い」など、様々な表現方法がある。

心理的負債感：看護ケアを提供する看護師の心身の負担を感じて患者に生じる「申し訳ない」という感情である。

IV. 研究方法

1. 研究参加者および参加者の抽出

研究参加者は、A県にある公立総合病院に入院中で、心身の状態が安定して会話が可能であり、面接に伴う負担が少ないと考えられる男性患者17名である。疾患の種類は問わず、病棟の看護師長から紹介を受け、同意が得られたものを研究参加者とした。

2. データ収集方法

データ収集として、個別に30分程度の半構造的面接を行った。面接者は看護経験14年以上を有し、面接経験の豊富な看護師3名が、事前に調査内容や方法などを十分に打ち合わせて行った。面接場所は病院内の面会室や個室病室とし、他の患者や職員から見えない場所で行った。面接時は、参加者が緊張することのないように、ゆっくりと落ち着いてインタビューをすることに心がけた。

面接内容は、入院中に看護師に援助を受けたいと思った場面や、援助されてよかったこと、困惑したこと、躊躇する気持ちなど、援助要請に関する内容を自由に語ってもらった。面接内容は患者の了解を得て録音し、逐語録を作成した。データ収集期間は、2008年1月から2月であった。

3. 分析方法

研究デザインは質的記述的研究であり、分析は修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ(Modified Grounded Theory Approach：M-GTA)に基づいて行った^{14,15)}。入院という出来事を体験している患者と看護師間に生じている相互作用について、援助要請という心理的負債を感じやすい場面として出来るだけ具体的にとらえたいと考えた。

分析焦点者は「慢性疾患の治療や外科的手術治療の目的で入院している患者」であり、分析テーマを「入院患者の看護師への援助要請の心理プロセス」として、以下の手順で行った。

まず、1事例目の逐語録を精読し、分析テーマに照らして関連箇所に着目し、データの内容が分析焦点者にとってどのような意味を持つのかについて解釈することを行った。解釈した内容からその意味がわかるように命名し、概念を生成した。1事例の概念生成の終了後、2事例目以降についても同様の方法で検討し、説明概念を生成した。概念を生成する際には、個々の概念ごとに分析ワークシートを作成し、概念名、定義、最初の具体例（ヴァリエーション）を記述し、その過程において気付いたことがあれば、理論的メモ欄に記入するようにした。

全事例から概念を生成した後に、概念間の関係性を検討してそれぞれの概念の意味の共通性からまとめ、カテゴリーを生成した。さらに、カテゴリー相互の関係性から、患者は入院中にどのようなプロセスで看護師への援助要請の経験をしているのか、結果図を作成し、その図に基づいて文章化を行い、患者の援助要請に関する心理的なプロセスの視点からストーリーラインを作成した。

分析は、看護経験および質的研究経験が豊富で、かつ援助要請に関する社会心理学の知見を有する看護学研究者らによって繰り返し行い、結果の確実性を高めた。1概念ごとに命名やその定義、具体例について、繰り返し検討し、研究者間で意見が異なる場合はその都度逐語録に戻り、改めて概念名や定義の表現、具体例を見直した。同様に、カテゴリーの生成やストーリーラインについても、日程に間隔をおいて分析することを複数回繰り返し、研究者間で一致するまで検討を重ねることによって客観性を高めた。

4. 倫理的配慮

研究開始にあたっては、参加者が入院している病院の院長及び看護部長に、研究の趣旨、方法等について文書で説明し、研究実施の承諾を得た。次に、看護部長を通して研究協力が可能な病棟の看護師長の紹介を受け、あらためて研究の趣旨、面接対象となる患者の抽出、倫理的配慮等について文書と口頭で説明し、参加者の抽出と紹介を依頼した。

参加者には、事前に文書で研究の主旨、面接の方法、倫理的配慮等を説明し、内諾が得られた人に、面接スケジュール等の調整を行った。面接開始時には、あらためて研究者から患者に文書と口頭で、研究の趣旨、

依頼内容、研究参加は任意で自由意思に基づいていること、参加を拒否しても療養生活で受ける医療サービスで不利益を被ることはないこと、面接者は当該病院の看護師ではなく語られた内容を病院関係者に話すことはないこと、および結果の公表について説明し、同意書に署名を得られた場合のみ面接を開始した。また、得られたデータの匿名性と守秘性については、データの番号化や保管の仕方に注意し、厳重に管理した。本研究は、参加者が入院している病院の研究倫理委員会の審査において承認を受けて実施した。

V. 結 果

1. 研究参加者の概要

研究参加者は男性の入院患者17名で、平均年齢は55.3歳（19歳から83歳に分布）であった。病棟は3か所であり、入院目的は手術治療または慢性疾患の治療であった。参加者の概要を表1に示した。

2. ストーリーライン

入院患者が看護師に援助を要請する際の心理として15の概念が生成された。さらに、それぞれの概念の意味内容の類似性から6つのカテゴリが生成された。以下に、結果を文章化したストーリーラインと、カテゴリ間の関係を表す結果図を示す(図1)。概念は〈 〉で示し、カテゴリは【 】で示す。

患者は、入院目的に直結した緊急性や重要性の高い問題に対する援助には、【依頼の当然さ】を感じ、〈苦痛時の依頼の即断〉や〈自力で動けない時の依頼の即断〉を行っている。

しかし、緊急性や重要性の低い問題については、入院当初においては、不慣れな入院生活にあって、援助を〈頼んでいいかどうか判断の迷い〉や〈羞恥心によるためらい〉が生じ、【依頼の戸惑い】を感じる。その後、入院生活環境にやや慣れてくると、病棟内の様子や看護師の勤務状況を知ったことにより、〈頻回なケアを依頼することの心苦しき〉を感じたり、〈夜間の人手不足による依頼の控え〉や、重症患者を優先させて〈他患者へ気遣いによる依頼の保留〉をする【依頼の遠慮】が生じることもある。また、〈日常の些細なことを依頼することの気おくれ〉や〈規則に融通性がない時の依頼の断念〉など、周囲への気遣いによって【個人的希望の諦め】の感情が生じてくる。このような【依頼の戸惑い】【依頼の遠慮】【個人的希望の諦め】は、入院後の比較的早い時期から表れはじめるが、入院生活に

おいて一過性に、また、一方向に表れるのではなく、患者の病状経過や依頼したい内容の影響を受けて、入院生活の過程でいつでも表れる患者心理である。

入院期間が続くと、患者は看護師が行う看護になじんでくるとともに、それまでに受けた看護の経験から、看護に対する評価を行う。〈苦痛を予測した説明を受けたことによる依頼のしやすさ〉や〈看護師からの声かけによる依頼のしやすさ〉のように看護内容を肯定的に評価したり、〈なじんだ看護師への頼みやすさ〉や〈明るい看護師への頼みやすさ〉など看護師の態度を肯定的に評価する場合は、【依頼することの気安さ】を感じる。一方、〈訴えを聞かない態度への腹立たしさ〉や〈声かけをしない態度への不快感〉を経験した場合は、【依頼への抵抗感】を感じ、患者は援助要請の仕方を検討する。

3. カテゴリと概念

次に、カテゴリごとに、カテゴリの構成概念と参加者の語りを示す。概念の定義は「 」で示し、参加者の語りは“ ”で示した。語りの内容表現の不足は（ ）で補足した。

1) 依頼の当然さ

このカテゴリは、入院直後から入院全期間にわたって存在し、〈苦痛時の依頼の即断〉と〈自力で動けないときの依頼の即断〉の2概念からなる。患者は苦痛や困難のため援助を求めざるを得ない状況にあるため、看護師への援助要請は躊躇なく行われる。

〈苦痛時の依頼の即断〉は、疼痛や搔痒感などを我慢できず、看護師に症状緩和の援助を求めて援助を依頼することであり、「我慢できない苦痛がある時は依頼をためらわないこと」と定義した。

“夜中だとかゆくて我慢できなくなることがあるんですけど、そんな時、頼みに行ったりします”（事例10）
“足なんですけど、手術をしてすぐの時はめちゃくちゃ痛くて、どうしたらいいか分からなくて呼んだんです”（事例14）

〈自力で動けない時の依頼の即断〉は、ベッド臥床のまま自力で動けない時に、生活行動の援助を依頼することであり、「体動困難時はできないことの依頼をためらわないこと」と定義した。

“洗えない場所は足とか、これはしょうがないよね。できないもんね。やっちゃいけないし、できないし。”（事例7）

“私の場合、もう看護師さんに頼んじゃった。尿のあれとかあと便のやつとか、車椅子の関係とか、どんどん。”（事例16）

表1 参加者の概要

No.	年齢	疾患名・病状	面接時期 (入院後)	備考
1	55	大腸ポリープ	70日	ストーマ造設術
2	60	大動脈瘤剥離	110日	手術
3	36	右大腿骨骨折	40日	手術
4	72	腰部手術	47日	手術
5	55	右足骨折	80日	
6	63	交通事故 全身打撲	42日	再入院 再手術
7	60	左大腿骨骨頭壊死	19日	入院5日後に手術 入院5回経験 手術4回(鎖骨・右大腿)
8	26	左足腓骨骨折	26日	
9	69	脊椎狭窄症 腰椎狭窄症	30日	入院20日後に手術
10	29	交通事故 前腕剥離骨折 手首裂傷	21日	入院した日に手術
11	83	左膝骨折	30日	入院2日後に手術
12	68	貧血 胃びらん	30日	入院4回経験
13	76	右下肢骨折	14日	入院5日後に手術
14	19	膝が外れやすい	8日	入院4日後に手術
15	52	右足首骨折	14日	入院4日後に手術
16	52	糖尿病 下肢切断	30日	5年前に右股関節人工関節置換手術
17	65	胆のう炎 胆石	14日	3~4年前うつ病で入院

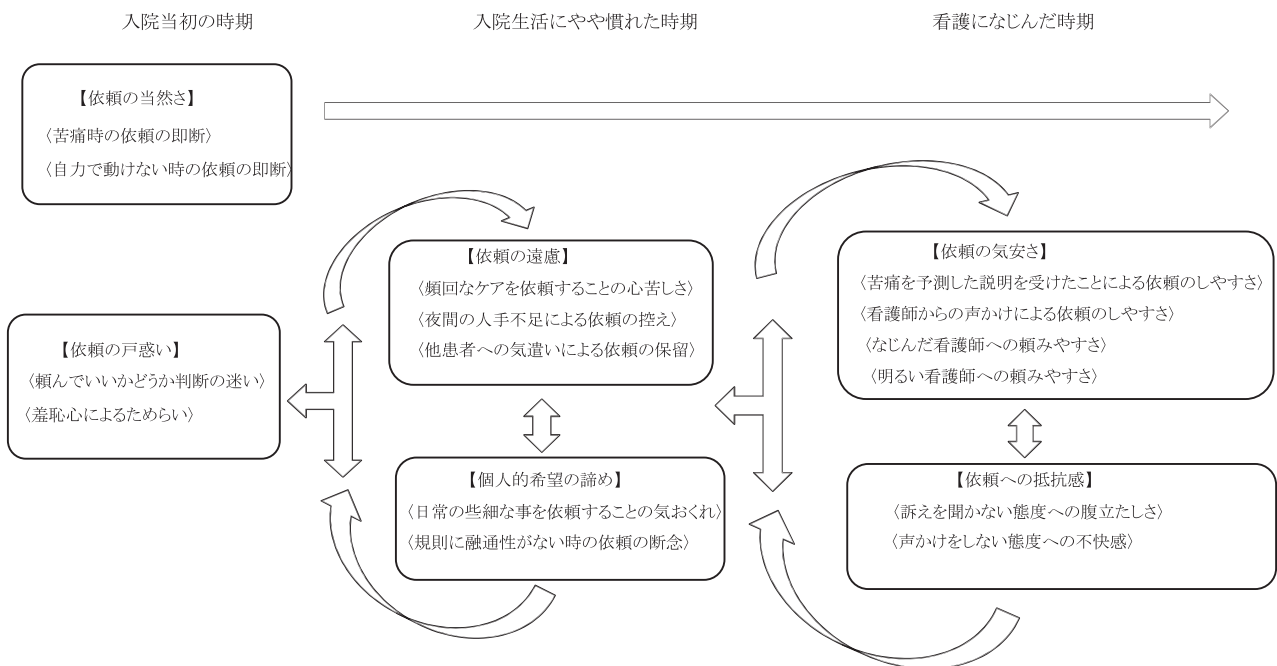


図1 入院時の看護師への援助要請に伴う心理プロセス

【 】カテゴリー 〈 〉概念

 } 患者の心理的動き

2) 依頼の戸惑い

このカテゴリーは入院環境に慣れない入院当初の時期に体験される心理であり、〈頼んでいいかどうか判断の迷い〉と〈羞恥心によるためらい〉の2概念からなる。〈頼んでいいかどうか判断の迷い〉は、入院経験がなかったり、初めて援助を依頼する時にためらいが生じるなど、依頼していいかどうか判断できない状況である。このことから、「施設や職員に慣れないため、看護師に援助を依頼していいかどうかをためらうこと」と定義した。

“最初は分かんないもんね、頼んでいいかどうかも。”(事例13)

“非日常的な生活だから。どういうことまで言っているのかどうかってのは、判断として難しいところがあります。”(事例15)

“最初は(遠慮が)あった。この頃は遠慮しない。この頃は、頼むようになった”(事例16)

〈羞恥心によるためらい〉は、必要な援助であるが、慣れない時期では抵抗感が大きい、「患者が恥ずかしいと感じる援助の依頼を決めあぐねること」と定義した。また、患者はケアに対する羞恥心だけでなく、若い異性の看護師であることを理由に恥ずかしいと思っただけだった。

“痛かったら座薬を使って抑えた方がいいですよ、と言ってくれるんですが、それ(座薬挿入)が嫌で”(事例8)

“尿とか尿瓶っていうんですか、ああいうので取りましようかと言っただけなんです、結構若い看護師さんが多いので、その辺はちょっと躊躇したりとか”(事例15)

“最初はそうですね。やっぱり恥ずかしいというのがありますから、言いづらい”(事例3)

3) 依頼の遠慮

入院環境にやや慣れ始めて、看護師の勤務体制や1日の動きや、他の患者の様子を察したりする時期に生じる心理である。周囲の人々への気遣いから自分の援助を後回しにする心理が示された。

〈頻回なケアを依頼することの心苦しき〉は、「体位変換や移動の援助を頻回に依頼することを心苦しく思って、依頼回数を減らそうかと考えあぐねること」と定義した。頻回に依頼せざるを得ない状況にあるが、看護師に申し訳なく思って依頼を遠慮する心理である。

“呼べばすぐに来てくれるから、多少(排泄介助)回数を少なくしてあげないと可哀そうかなというのは思いました。”(事例6)

“ちょっと痛いからといって呼ぶのは、気が重いとい

うのはありましたね。自分の中でそれはできなかったです。(ナースコール)を押すこと自体に抵抗がありましたね。”(事例8)

〈夜間の人手不足による依頼の遠慮〉は、「夜間は看護師の人数が少ないので、看護師に気を遣って援助の依頼を控えようと思うこと」と定義した。

“夜なんか尿瓶とかそういうのがありますね。そういうのに駆けずり回りながら2時3時まで人数が少ない中でやってくれるわけですから、呼んだらすぐ来てくれるでしょ。大変だろうなと思いましたね。人数が少なくて悪いからちょっと我慢してしまう”(事例6)

〈他患者への気遣いによる依頼の遠慮〉は、「自分より重症者や緊急性の高い患者、年配者などを優先させるなど、看護師に気を遣って自分への援助の依頼を控えようと思うこと」と定義した。患者は、重症であるか、救急かどうかなど、看護師の動きや病棟の雰囲気や敏感に察知し、依頼の優先性を考えていることが示された。

“もっと重い(重症の)方々もいらっしやるから、(看護師が)そっちに行っているんじゃないかと思うと、(ナースコール)押しづらい。”(事例14)

“重症な患者さんいるのにな。トイレぐらいでわざわざ頼むのは気になる。”(事例17)

4) 個人的希望の諦め

このカテゴリーは、患者が個人的な希望や好みがある場合に、周囲の状況のみで依頼を諦めることである。〈日常の些細なことを依頼することの抵抗感〉は、自力ではできないことであっても、日常の些細なことは頼みにくいという心理である。「自分でできないと思う身の回りの些細なことを看護師に依頼するのは気が引けること」と定義した。

“コーヒー飲みたいとかいう時に親や身内もいないので。どうしても頼まなきゃいけないという時に、買い物とかは頼みづらかった”(事例3)

“ペットボトルに水が欲しいんですけどとか、そういうことは言いにくいとか。看護師さんにそこまでやってもらうのは、さすがに気が引けちゃって。”(事例14)

〈規則に融通性がないときの依頼の断念〉は、「生活の時間や場所が規則で決められ融通性がないことを不満に思うが、個人の希望は言っても仕方がないとあきらめること」と定義した。これは病院のパターン化されたシステムへの不満が示された。

“最初はシャワー浴びれないから、1回か2回ベッドの上で、タオルで拭いてもらっていたんだけど、お風呂はあるんですけど風呂を使わせてくれなかった。

隣（の病棟）にあるんですけど、月曜日に入ってあと木曜日ですか、女の人は火曜日と金曜日、だからもっと入りたいことは入りたい”（事例9）

5) 依頼の気安さ

入院後に看護師と接したり看護を受けた経験によって生じる心理である。提供された看護および看護師の対応に対して、患者の肯定的な評価に基づく4概念からなる。

〈苦痛を予測した説明を受けたことによる頼みやすさ〉は、苦痛緩和の援助を依頼するかどうか迷っている時に、看護師の方から働きかけてくれることをありがたいと思うことであり、「苦痛時には、援助を依頼するよう説明されたことにより、頼みやすいと思うこと」と定義した。

“何かあったら言って下さいとみんな言ってくれるので、そう言われるとやっぱりこっちは何かしてほしい時は、お願いと気楽に言えるし”（事例5）

“（術後の点滴に鎮痛剤が入っていたが）痛くなったら強力のあるって最初に言ってくれてたんで、それは、お願いしますということで、やってもらいました。”（事例15）

〈看護師からの声かけによる頼みやすさ〉は、「看護師が頻回に訪室したり声をかけてくれるので、頼みやすいと思うこと」と定義した。

“（病室を）廻って「どう？」とかさ、その一言だけで患者は安心するんだよね。俺のことを心配して、しょっちゅう頼みもしないのに来てくれる看護師もいる”（事例2）

〈なじんだ看護師への頼みやすさ〉は、「顔見知りになった看護師には、頼みやすいと思うこと」と定義した。

“やっぱり顔も知っているし、名前もある程度知って覚えた方もいらっしゃいますから、そういう人がくると言いやすいついていうのはあります。”（事例15）

“前に（前回の入院時に）いた看護師さんも来ていましたので、同じ看護師さんで知ってましたので。やりやすい（頼みやすい）。（事例16）

〈明るい看護師への頼みやすさ〉は、「笑顔や声かけをする看護師には、頼みやすいと思うこと」と定義した。

“（頼みやすいのは）はっきり言って笑顔だね、やっぱり。”（事例2）

“神経質っていう感じはなくて、「あっごめん、忘れてた」っていうような感じっていうのは言いやすいんじゃないですか。まあ、そういう明るい人っていうのはいいと思いますよ”（事例15）

6) 依頼への抵抗感

このカテゴリーは、入院後に提供された看護や看護師の対応に対する否定的な評価に基づく2概念からなる。〈訴えを聞かない態度への腹立たしさ〉は、患者は、看護師個々の特性を見て依頼するかどうかを検討するようになり、「訴えを聞いてくれなかったり、不親切な物言いの看護師には、怒りを感じて援助を依頼したいと思わないこと」と定義した。

“取ってくれって言ったら（排泄用シート）、黙ってる、って言われたことあるんですよ。それから遠慮するようになった。”（事例2）

“嫌な人に頼んで、つっけんどんされたら余計腹立つじゃん”（事例7）

〈声かけをしない態度への不快感〉は、「挨拶や声かけのない看護師への態度を不快に感じて、援助を依頼したくないと思うこと」と定義した。

“（配膳を）ドンと置いていくとか、来たとしてもほとんどしゃべらない”（事例2）

VI. 考 察

患者の看護師への援助要請について分析したところ、入院後の経過によって、援助要請の様相に違いがある傾向がうかがえた。以下、援助要請に関する患者の心理について、入院後の継時的な視点を加えて考察する。

1. 援助要請の時期と患者心理の特徴

患者は、健康問題に対する受療を期待して入院を選択し、それぞれの入院目的にしたがって、治療・看護が開始される。本研究の参加者は、手術後の疼痛をはじめ身体的苦痛が大きい場合や、患者自身がベッド上から動けない状況にある場合は、看護師への援助要請を躊躇することなく、即断して依頼していた。このようなニーズは、患者にとっては入院治療に直結した緊急性や重要性が大きいと判断され、【依頼の当然さ】として認識されていると考える。この点については、先行研究においても、患者は治療のためには他の事は後回しにするという心理が働いて意図的に要求水準を下げている、看護師の望むレベルとは異なる特異的な要求水準が存在することが指摘されている¹⁶⁾。本研究でも同様の傾向が認められ、入院目的に直結する医療処置や治療、および身体的苦痛の緩和は、援助要請を行うことが当然であるという患者共通の心理がうかがえた。入院目的・治療に直結する問題に対しては、患者と看護師の両者が関心をもっており、入院期間全般にわたって援助の要請・提供が行われると考える。

しかし、入院目的に直接かわからない場合は、入院生活に不慣れな時期には【依頼の戸惑い】が生じ、様子を見て援助要請を迷ったり、ためらったりする状況があった。入院経験がなく病院という環境に不慣れな患者ほど、看護師の存在は知っていても、その仕事の内容までは把握しておらず、看護師に頼んでいいかどうかの判断に戸惑うと推察される。特に排泄ケアに対しては、恥ずかしさや若い看護師であることを理由に依頼できないことも示された。患者にとっては、排泄の介助を丁寧にしてくれていること自体も辛く、介助する相手の存在自体がづらい気持ちになる¹⁷⁾ことから、本研究の参加者が男性患者であることや、排泄ケアという看護の内容が援助要請に影響していると考えられる。看護は、患者の羞恥心に配慮することを旨としているが、今回の結果は、入院生活への適応に支障をきたす要因にもなりうることを示唆している。

患者が入院生活にやや慣れてきた時期には、病院の医療・看護システムのあり方や、人的・物理的環境など周囲の状況を知ったことによる【依頼の遠慮】が生じていた。夜間の援助要請を控えるだけではなく、日中であっても看護師の忙しそうな勤務状況を察して、同じケアを頻回に依頼するのは心苦しいと感じたり、自分より重症患者を優先させる心理が認められた。濱口¹⁸⁾は、日本人の国民性の行動形態を欧米人と比較した中で、欧米人の個人の行為志向には目標達成への強い動機づけとそれを規制する社会規範との間で、かなりの葛藤を抱き、両者間で妥協を図ろうとする傾向があるのに対して、日本人では、基本的にそれら2つの志向間での葛藤や緊張を未然に回避するようなメカニズムが働いていると述べている。すなわち、日本人は、おかれた状況によって柔軟に対応する、その場その場にふさわしい標準を設定してそれに基づいて動機づけ志向が制御されるとしている。本研究の参加者にみられた依頼の遠慮についても、自分のことだけを考えるのではなく他の人を思いやる行為であり、看護師や他患者など、周囲の人々への気遣いから生じた日本人特有の感情・行動と推察される。

また、たとえ自力ではできないことであっても日常的な些細なことの依頼に気おくれを感じたり、入浴時間や面会時間などの病院の規則で決められていることには【個人的希望の諦め】をしていた。これらも、周囲の状況を把握したがゆえに生じる心理と考える。患者の入院に伴うストレスの要因については、物理的・化学的な環境や、人的環境、医療者への不満¹⁹⁾が報告されており、今回の結果も、入院に伴うシステム上のストレスになると予想される。入院生活が非日常では

あっても、患者にとって日常生活の送りやすさにも視点を向ける必要がある²⁰⁾。看護師は、治療や看護の観点に限定的な見方をするのではなく、例えば、術後の動けない時や安静が必要と判断された時のように、条件によっては、患者の入院生活上の些細なことにも目を向ける必要がある。

さらに入院生活が継続すると、患者は、それまでに援助要請したことに対する看護師の対応、および看護師個々に対する肯定的または否定的評価を査定していた。看護に対する患者の評価は、その後の患者の援助要請の仕方に影響しており、特定の、気に入った、言いやすい看護師に援助要請を行う傾向がうかがえた。しかし、このような状況は、援助要請の時期が限定されたり遅れることによって、病状悪化の発見や治療の介入の遅れなど、病状の進行につながる危険性もある。

2. 看護を学習する経験としての患者の入院

入院後の患者が、どのような時期にどのような思いを抱き、看護師への援助要請をためらったり、諦めたりするのかについて検討した中で、改めて見えてきたのは、病院のシステムや環境に不慣れな状況から、看護師や他患者の動きを観察しながら療養生活を過ごし、未知であった看護になじんでいくプロセスであった。看護師という職業は多くの人々に認知されているが、看護師が行う援助とは本来どのような内容であるか、また、看護師が昼夜どのように援助を提供しているかについては、十分に理解されているとは限らない。特に、患者から看護師に援助をどの範囲まで依頼してよいかについては、入院先の施設によって異なることもあり、人々に認知されにくいと考える。

本研究において、患者が看護師に【依頼の気安さ】または【依頼への抵抗感】を感じながら援助を受けた（あるいは受けなかった）経験は、まさに患者の立場から、援助要請から援助受容に至るプロセスを経験的に学習する場であったと言える。この経験を通して、患者は、患者としての自覚を高め、患者からも援助要請を行う必要性と、その際の優先性の判断を出来るようになっていたのであった。この学習の過程では、患者なりに受けた看護の質の良否を判断できる力をつけて、親しみやすい看護師や笑顔のある看護師を選択して依頼する術を身につけていると捉えることもできる。この時期の患者の心理の背景には、『看護師への依頼のしかたがわかった』という安堵感から、依頼することの気安さが生まれることが推察される。

看護においては、看護師が患者から提供された情報や判断を受け取り、患者が肯定的に価値づけ具体的な

反応を看護師に返すことで、入院患者のケア主体者としての自覚がなされる²¹⁾。今回の結果の中では、看護師への否定的な評価も学習していることになり、患者の主体性に歪を生じさせる可能性もある。これは、看護を受けた経験如何によっては、患者自身の療養課題への取り組みに影響することが予想され、患者と看護師との相互作用のあり方が看護の質に影響することを示しているといえよう。『患者の入院は看護を学習する場である」とらえる』ことは、看護についての患者の体験的理解や援助要請が促進され、患者のニーズに基づいた看護が提供されるという観点から、看護の質保証の要素に加えることが出来るのではないかと考える。

看護師本来の職業人としてのあり方は、患者や家族が問題解決に取り組む過程を援助することである。本研究において、入院という生活経験によって看護を学び、患者になっていく過程という捉え方をした根底には、患者の主体性としての意思決定を看護職も尊重する態度で接することの重要性がある。看護場面の何気ない状況が、患者にとっては援助を依頼するかどうかの判断に迷いを生じさせ、その後の看護ケアに大きく影響すると考えると、看護職が患者にとって援助依頼しやすい人となれるように、看護内容の質を高め、親しみやすく笑顔で接する態度を心掛ける必要がある。

3. 看護への提言

看護は患者に寄り添うといわれて久しい。本研究の結果から、入院の経過によって患者の援助要請に関する心理が変化することが明らかにされ、これらは患者と看護師との相互作用のあり方を再吟味する資料になると考えられた。

多くの患者にとって、入院とは、非日常的で不慣れた特殊環境におかれることである。入院時には、職員によるオリエンテーションが行われるが、その多くは入院目的に関連する治療・検査の内容や、入院生活上の日課や規則およびナースコールの存在の紹介が中心である。また、緊急入院や入院直後では、入院時オリエンテーションが遅れることもあり、患者が早急に援助を要する場合は、誰に、どのような方法で、援助要請をしていいのかわからない状況となることもある。患者が入院オリエンテーションの内容を熟知し、かつ入院環境に適応するには時間を要する。最近では入院期間の短縮化の流れがあるが、そうであればあるほど、不必要な戸惑いや心理的負債を感じなくてすむような看護の検討が必要である。患者は世話を受けることで『申し訳ない』などの負の感情を抱くものが多いが、患者役割がスムーズにとれている場合には世話を受ける

抵抗感が減る傾向にあった¹⁰⁾という結果から、患者の役割や権利を説明する機会が有効である。入院経験は患者にとって看護について学習する場であると捉え、看護師が提供する援助の内容やシステム、および患者から援助を求める方法などの援助要請に関するインフォームド・コンセントを含めた入院時オリエンテーションの試みも、新たな看護方法の一つと考える。

入院生活に不慣れた時期には、患者が援助を依頼せずに我慢してしまうことも予想されるが、それは、医療・看護として十分ではない判断につながる可能性があり、特に入院初期は患者の意思表示が自由にできる看護師や他の職員の対応が求められる。一般的に、入院生活が1週間以内の患者は排泄の依頼での遠慮が多く、入院後15日以上は患者は看護師の忙しさを感じて遠慮する傾向がある²¹⁾と報告されており、患者心理が変化する時期の目安とすることもできる。

患者からの看護に対する評価は、看護の質が問われていることであり、患者のニーズを反映した看護を提供するためには、入院生活上のシステムの検討を含め、入院時期の違いによる援助要請の特徴をふまえた適切な説明と配慮ある対応によって改善していく必要がある。

4. 研究の限界と今後の課題

本研究は、研究参加者が一施設の17名の男性患者に限定されており、施設や参加者の拡大をはかる必要がある。また、今後は、これまでの研究に継続して、患者の援助要請の意思決定モデルの構築・検証をすすめることが課題である。

VII. 結 論

1. 入院患者の看護師への援助要請について、15概念と6カテゴリーが生成され、入院時期によって援助要請の様相に違いがあることが明らかになった。
2. 患者は、入院目的に直結した問題には【依頼の当然さ】を認識している。しかし、治療に直接関係しない場合は、入院当初は【依頼の戸惑い】を感じ、入院生活にやや慣れてくると【依頼の遠慮】や【個人的希望の諦め】が生じていた。さらに入院が継続すると、看護を肯定的に評価する場合は【依頼の気安さ】を、そして、否定的に評価する場合は【依頼への抵抗感】を感じていた。
3. 患者の入院の経過は、看護を学習する経験の経過ととらえることができ、患者が看護師への援助要請

をスムーズに行うには、入院生活のオリエンテーションだけでなく、援助要請に関する看護のインフォームド・コンセントが必要であることが示唆された。

謝 辞

本研究にご協力頂いた病院関係者ならびにインタビューに快く応じて頂いた皆様に、心より感謝申し上げます。

文 献

- 1) 瀧口成美：看護ケアの意思決定過程への患者参加に関する研究，日本赤十字看護大学紀要，15，46-59，2001.
- 2) 相川 充：被援助者の行動と援助，「他者を助ける行動」の心理学，中村陽吉，高木 修（著編），光生館，東京，136-145，1987.
- 3) 相川 充：援助行動，社会心理学パースペクティブ1，大坊郁夫，安藤清志，池田謙一（編），誠信書房，東京，291-311，1989.
- 4) 相川 充：援助に対する被援助者の認知的反応に関する研究－心理的負債の決定因に関する分析，宮崎大学教育学部紀要，63，37-48，1988.
- 5) 高木 修：人を助ける心，援助行動の社会心理学，サイエンス社，東京，1998.
- 6) 長田京子，渡辺岸子，今野裕之，鳴海喜代子：看護ケア場面における患者の心理的負債感に関する基礎的研究，新潟大学医学部保健学科紀要，8（3），11-17，2007.
- 7) 長田京子，鳴海喜代子，渡辺岸子，石川みち子：看護における患者の援助要請生起プロセスの検討，新潟大学医学部保健学科紀要，9（2），13-20，2009.
- 8) 長田京子，渡辺岸子，鳴海喜代子，今野裕之，清正 巖，堀 洋道：患者の援助要請に関する研究の動向，新潟大学医学部保健学科紀要，8（1），85-90，2005.
- 9) 美谷滋子，下澤聖美，後藤みち子，酒井陸美，福島満由美，稲荷茂代，近田敬子：入院患者における気兼ねとその要因（第1報），－遠慮のある生活場面とその背景－，第21回日本看護学集録（看護総合），34-36，1990.
- 10) 赤沼智子，佐々木めぐみ：患者の看護婦に対する遠慮とその影響因子－援助を求めることへの抵抗感について－，第27回日本看護学会集録（看護総合），149-151，1996.
- 11) 菅野道子，山田ひろみ，鈴木かおる，渋谷さよ子：入院患者の遠慮の要因，成田赤十字病院誌，1（1），73-77，1999.
- 12) 内田友美，後藤純子，花田妙子：快適な入院生活に関する考察Ⅱ－入院期間による患者の遠慮の比較，日本看護研究学会雑誌，21（3），244，1998.
- 13) 鳴海喜代子，長田京子，渡辺岸子，石川みち子，今野裕之：患者と看護師間における援助行動に関する研究－術後患者の面接調査から，武蔵野大学看護学部紀要，1，3-17，2007.
- 14) 木下康仁：グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践，弘文堂，2003.
- 15) 木下康仁：ライブ講義M-GTA，実践的質的研究法，弘文堂，2007.
- 16) 渡邊生恵，杉山敏子：一般病床患者と看護師による療養環境評価特性，日本看護研究学会誌，35（5），117-128，2012.
- 17) 北尾良太，鈴木純恵，土井 香，清水安子：回復期リハビリテーション脳卒中者が語る病い経験に関する研究，－医療者とのかわりから“あとから病いがわかっていく”こと－，日本看護研究学会誌，36（1），123-133，2013.
- 18) 濱口恵俊：何が日本人の行動を決めるか，日本保健医療行動科学学会年報，13，27-34，1998.
- 19) 川口孝泰，阪口禎男，田尻后子，佐藤永子，渡辺秀俊：入院患者のストレス要因に関する検討，日本看護研究学会誌，17（2），21-29，1994.
- 20) 坂本成美：入院患者の「ケア主体者」としての自覚－看護ケアの決定過程を通して，日本看護科学学会誌，19（2），87-94，1999.
- 21) 後藤純子，内田友美，花田妙子：快適な入院生活に関する考察Ⅰ－入院期間による患者の遠慮の比較，日本看護研究学会雑誌，21（3），243，1998.

（受付 2013年8月30日）