



HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	痛みへのセルフケアを行っているがん患者と家族に対する訪問看護師の援助
Author(s)	青柳, 道子
Citation	看護総合科学研究会誌, 9(2), 29-44
Issue Date	2006-10-31
DOI	https://doi.org/10.14943/33936
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/35508
Type	journal article
File Information	9-2_p29-44.pdf



痛みへのセルフケアを行っているがん患者と家族に対する 訪問看護師の援助

青柳道子

(北海道大学医学部保健学科)

Nursing Support Provided by Visiting Nurses for Cancer Patients and Their Families Engaging in Self-care for Pain at Home

Michiko AOYANAGI

(Division of Nursing, Department of Health Sciences, School of Medicine, Hokkaido University)

要 旨

本研究は、自宅で痛みへのセルフケアを行っているがん患者とその家族に対して、訪問看護師が行っている援助を明らかにすることを目的とした。対象は訪問看護師4名と患者・家族5組であり、訪問場面の参加観察と録音を行い、質的に分析を行った。

訪問看護師の援助として、【訪問と訪問の間の痛みとその対処について焦点化し、理解する】【患者・家族と共に痛みをアセスメント・判断する】【具体的な対処を提示する】【患者・家族の痛みと痛みに関連した不安を理解し緩和する】【身体状況と疼痛緩和の現実的な目標の受け入れを患者・家族に促す】【看護師が共に疼痛緩和に関わる意思表示をする】の6つが抽出された。これらは《患者・家族の痛みへの対処能力を高める》《患者・家族の痛みとその対処への安心感の提供》という2つのコアカテゴリーを形成し、この2つの援助は、相互に関連しながら行われていると考えられた。

キーワード：痛み、セルフケア、がん患者と家族、訪問看護師、看護実践

I. はじめに

がん患者の3/4が痛みを経験するといわれており¹⁾、がんの痛みのマネジメントは看護において重要な課題である。これまでがんの治療は主に入院を中心とした医療施設で行われてきた。そのため、がんの痛みに関する先行研究は、入院患者を対象にしたものが大多数を占める。その内容は、看護師の痛みの緩和の知識や能力に関するもの^{2)~4)}、患者の痛みを理解するためのスケールやアセスメント用紙の開発に関するもの^{5)~9)}だった。また、痛みは主観的な体験であることから、痛みのある患者の体験を明らかにしたり¹⁰⁾、痛みに対する患者のセルフケ

アに関する研究¹¹⁾が行われ、患者を主体とした症状マネジメントの統合アプローチ(IASM)を枠組みとしたアプローチがセルフケア能力の向上に有効であることが報告されている¹²⁾。

現在、病院の在院日数の短縮化傾向から、がん患者の療養の場は入院施設から在宅へとシフトしてきている。在宅での症状マネジメントは患者・家族が主に行うことになるため、痛みのマネジメントに関し、セルフケアという視点が必要である。今後は終末期であっても在宅で療養する患者が増えることが予測され、それに伴い、がんの痛みの緩和に対する訪問看護師の役割は拡大すると考える。訪問看護における痛み

のマネジメントは、入院施設での24時間患者を観察しながら看護師が対処を行う状況とは異なることが予想される。しかし、在宅での痛みへのセルフケアに関する研究は、新貝¹³⁾、水野¹⁴⁾が外来通院中の痛みのあるがん患者について報告しているのみであり、訪問看護師ががんの痛みへのセルフケアを行っているがん患者と家族に対してどのような看護実践を行っているのかという研究は見当たらない。また、訪問看護師の実践研究は少なく¹⁵⁾、実践知の蓄積が必要とされている。

以上のことから、本研究では、訪問場面の分析をもとに、自宅で痛みへのセルフケアを行っている、がんの痛みを有する患者とその家族に対して、訪問看護師が行っている援助を明らかにすることを目的とする。

II. 研究目的

本研究の目的は、自宅で痛みへのセルフケアを行っている患者とその家族に対して、訪問看護師が行っている援助内容を明らかにすることである。

III. 用語の定義

セルフケア理論では、セルフケアを行う患者個人が看護の対象となる¹⁶⁾。しかし、本研究では、訪問看護の特徴をふまえ、渡辺¹⁷⁾が提唱している、療養者を含めた「1単位としての家族」のセルフケア機能の視点をを用いることが妥当と考えた。そのため、痛みへのセルフケアは患者だけではなく、患者・家族が行うものとして捉え、以下のように定義を行った。

がんの痛みへのセルフケア：がん性疼痛に対して患者・家族自らがマネジメントすることを指す。具体的には、患者・家族が疼痛を表現すること、疼痛に対して薬剤の使用やその他の方法を選択して用いること、必要に応じて専門家にケアを求めるなど、自ら疼痛の緩和に向けて何らかの対処をすることである。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究

2. 調査期間

2003年6月～9月

3. 研究対象者

1) 先行研究より、経験5年以上の看護師がケア技術の発達した段階にること¹⁸⁾、また、多くの文献で熟練者とされる看護師は経験5年以上の看護師を指していることから、本研究では、がん看護の経験が5年以上で、訪問看護を行っている看護師を対象とした。

2) 対象となる看護師が訪問を行っている、がんの痛みに対してセルフケアを行っているがん患者と主介護者である家族を対象とした。

4. 調査者

調査者は筆者の1名で、がん患者の治療を主とする病棟、緩和ケア病棟での看護師としての勤務経験、および訪問看護師としての経験を有している。

5. データ収集

1) 事前準備

参加観察は、観察者が測定具になることでの偏りが発生しやすく、観察者がその場に居合わせることによって、観察対象者の意識や行動が変わってしまうおそれがある。そのため、本調査の前に参加観察の技術の向上を目的に、筆者を含めた質的研究を行う研究者4名で1ヶ月間、週1～2回学習会と実習を行った。学習会は、参加観察に関する文献の抄読会とディスカッション、実習は箕浦¹⁹⁾のマイクロ・エスノグラフィーを参考に2人以上で同じ現象を観察し、記述した後で観察結果を話し合い、個人の偏りを点検し、修正した。

さらに、事前調査を行い、スーパーバイズを受けることで、観察方法、記録の方法を再考・修正し、本調査に臨んだ。

2) データ収集の実際

(1) 受け持ち看護師と患者・家族宅に同行訪問を行い、ケアに参加し、訪問看護場面の

観察を行った。

(2) 対象者である患者・家族・看護師の了解を得て、訪問中の会話を録音した。録音にはSHARPミニディスクレコーダーAuvi 1 台を用いた。

(3) 観察は、“観察者としての参加者”²⁰⁾の立場を選択し、訪問中に清潔の援助などのケアがあるときには参加した。これは、患者の自宅で看護師がケア等を行うときに、筆者が観察に徹していることは不自然であると考えたからである。また、この立場をとることで研究対象者と関係を築きやすいことと、詳細で深い観察が可能になるという利点があったからである。

観察中、対象者の身体動作(身振り、姿勢)、表情、接触、服装、など非言語的なコミュニケーションについてメモを取った。調査者がケアに参加をした場合でも、会話は患者・家族に話しかけられたときのみ応じ、積極的には関与しないようにした。

(4) 参加観察で得られたデータは、フィールドノートに記載し、後に録音データを逐語録にしたものと場面ごとに合致させて分析データとした。

(5) 訪問の前に、看護師に訪問の目的や意図していることは何か、訪問後に実際の訪問で目的や意図がどのように変化したのか、訪問中の会話の不明な点などを看護師にインタビューし、了解を得て録音した。インタビューは1回につき10～15分程度だった。

6. 分析方法

1) 看護師のインタビューを参考にして、得られたデータにおける患者・家族と看護師の言動の文脈や意図を把握し、理解した。

2) 患者・家族と看護師ががんの痛みについて話している場面を前後の文脈に留意しながら抜き出した。

3) 看護師の1発話ごとに「看護師がそこで行っていることは何か」という視点で抜き出し、第1コードとした。その後、意味内容の類似性

のあるコードを集めてその内容を表す表題をつけるという作業を繰り返し、2次コード、3次コード、サブカテゴリー、カテゴリー、コアカテゴリーと抽象度を上げた。

4) 得られたカテゴリー間の関連を検討し、図解した。

5) 分析の信頼性・妥当性を高めるために、看護学の大学教員1名によるスーパーバイズを受けた。

なお、本研究に先立って行った事前調査で、看護師が話している時には、患者のみまたは家族のみのどちらか一方に限定されている場合が少なかったため、看護師が話しかけている対象者を患者・家族の両者と捉え、分析を行った。

7. 倫理的配慮

1) 患者・家族に対して、事前に看護師または看護師の所属機関の長から研究の目的を口頭で説明してもらい、同意が得られた場合にのみ、看護師と共に訪問し、研究者が書面で研究目的を説明し、その上で同意書に署名を得た。

2) 看護師に対しては、事前に研究の目的を書面で説明し、協力の意思を確認した。

3) 本研究に対する協力は自由な意思であり、断ることや承諾した後でも途中で中止できることを説明した。また、そのような場合でも対象者となった患者・家族・看護師が、不利益を被ることがないことを説明した。

4) 得た情報は研究者が研究目的以外には使用しないこと、録音したテープ・MDは研究終了時に消去すること、個人が特定されないように配慮すること、守秘義務を厳守することを、患者・家族・看護師に説明した。

V. 結果

1. 研究施設の概要と対象者の背景

1) 研究施設および看護師：がん患者の訪問看護を行っている訪問看護ステーション3ヶ所、クリニック1ヶ所、の計4ヶ所で調査を行った。対象となった看護師は4名で、平均年齢は42.5歳(38歳～45歳)、がん看護経験年数は6～20

年、訪問看護師の経験は3～7年、すべて女性である。全員が病院または訪問看護ステーションでの管理職の経験があった。

2) 患者・家族の背景: 表1に表すように、上記の看護師4名が受け持ちとして担当していた

患者とその家族5組だった。対象となった患者は男性4名、女性1名で年齢は54歳から80歳だった。家族は女性4名、男性1名でいずれも患者の配偶者だった。

表1 対象者の背景

担当看護師	A	B	C	D	
患者	a	b	c	d	e
患者の年齢	70歳代	50歳代	80歳代	50歳代	70歳代
患者の性別	女性	男性	男性	男性	男性
疾患	肺がん 多発性骨転移	脊髄腫瘍	肺がん	肺がん	胃がん がん性腹膜炎
予後	数ヶ月	数ヶ月から数十年	数ヶ月	観察期間中に死亡	数ヶ月
介護者	夫	妻	妻	妻	妻
本人の病気の受け止め	がんで治すための治療はできない	がんで、最近腫瘍が大きくなってきている	がんで終末期	がんでもう治療法がない	がんだが、手術で取りきれた。今はその回復を待っている。腹部に痛みがあるのは癒着による炎症のため。
現在の治療	緩和的な治療、抗がん剤の内服	緩和的な治療、腫瘍の増大した部位に放射線治療を予定	緩和的な治療	緩和的な治療	緩和的な治療
痛みの部位	腰部・左下肢	腹部・腰部～下肢	左胸腹部	背部	腹部
痛みの表現	痛だるい・重だるい	腹部: 張って苦しい、わき腹にびりびり電気が走る 腰部～下肢: びりびり痛い	びりびりする	重苦しい	重い痛み・すっきりしない
がんの痛みに対する主な薬剤	硫酸モルヒネ徐放剤 120mg/日 疼痛時: 塩酸モルヒネ錠の内服	塩酸モルヒネ液 20mg/日 排便時に疼痛が増強するため、酸化マグネシウム、ピコスルファートナトリウムを適宜調節し、排便コントロールを行っている。 疼痛時: 塩酸モルヒネ液の内服	フェンタニル貼付剤 7.5mg/3日 アセトアミノフェン 1500mg/日 ベタメタゾン 0.5mg/日 疼痛時: 塩酸モルヒネ液の内服またはジクロフェナクナトリウムの座剤使用	フェンタニル貼付剤 7.5mg/3日 ベタメタゾン 2mg/日 疼痛時: 塩酸モルヒネ液の内服	塩酸モルヒネを 10mg/日持続静脈注射 ベタメタゾン 1mg/日 疼痛時: 塩酸モルヒネ液の内服またはジクロフェナクナトリウムの座剤使用
訪問頻度	2～3日に1回	月に1回程度	2～3日に1回	毎日	1週間に1回(他の訪問看護ステーションからの訪問が他に1～2回/週)

2. 参加観察場面の状況と背景

観察した訪問は延べ16回であり、その内訳は、看護師Aと患者・家族a宅の組み合わせが6回、看護師Bと患者・家族b宅の組み合わせが3回、看護師Cと患者・家族c宅の組み合わせが3回、看護師Dと患者・家族d宅の組み合わせが2回、看護師Dと患者・家族e宅の組み合わせが3回だった。訪問時間は40分から120分、全部で1190分、平均70分である。全ての訪問が予定された定期の訪問だった。

3. 分析結果

以下、コアカテゴリーは《》、カテゴリーは【】、サブカテゴリーは〔〕に示す。

データ分析の結果、表2のように、自宅で痛みへのセルフケアを行っている患者とその家族に対する訪問看護師の援助として、【訪問と訪問の間の痛みとその対処について焦点化し、理解する】【患者・家族と共に痛みをアセスメント・判断する】【具体的な対処を提示する】【患者・家族の痛みと痛みに関連した不安を理解し緩和する】【身体状況と疼痛緩和の現実的な目標の受け入れを患者・家族に促す】【看護師が共に疼痛緩和に関わる意思表示をする】の6つが明らかになった。訪問看護師は自宅への訪問において、患者と家族の痛みに対するケアを支えている。そのため、病棟での看護のように連続した関わりではないため、訪問時の患者・家族との会話や観察から【訪問と訪問の間の痛みとその対処について焦点化し、理解する】。その内容を【患者・家族と共に痛みをアセスメント・判断する】、【具体的な対処を提示する】ことを行っている。この過程を通して、患者・家族は観察の仕方、鎮痛剤の使用の判断の仕方、鎮痛剤を使用する際の注意点など、対処をするための具体的なことを知る。また、実際に自分たちの行った対処に対するフィードバックを看護師から受けるため、痛みへのセルフケア能力を高めることにつながる。従って、これらのカテゴリーの意味は《患者・家族の痛みへの対処能力を高める》であると考えられる。

このケアの相互作用の中で、看護師は【患者・家族の痛みと痛みに関連した不安を理解し緩和する】。患者・家族の疼痛緩和の目標が高すぎる場合には不安が募るため、【身体状況と疼痛緩和の現実的な目標の受け入れを患者・家族に促す】ことを行っていた。また、看護師は、【看護師が共に疼痛緩和に関わる意思表示をする】ことで、患者・家族に「常に自分たちはサポートを受けているという安心感」を与えていた。このように、これらのカテゴリーは不安の軽減や安心感を与えるという目的で行われていることから、《患者・家族の痛みとその対処への安心感の提供》であると考えられる。以下各カテゴリーおよびサブカテゴリーについて具体例に基づき説明をする。

1) 《患者・家族の痛みへの対処能力を高める》

(1) 【訪問と訪問の間の痛みとその対処について焦点化し、理解する】

このカテゴリーは、看護師の訪問と訪問の間の痛みの状態や、患者・家族が行った対処がどうであったのかの質問を通し、看護師が自分の理解が妥当であるかどうかを確認しながら、患者の痛みの状態を理解することを示している。これは、〔患者・家族が痛みについて話すことを促す〕〔痛みの詳細を把握する〕〔痛みの程度を察して理解する〕〔患者・家族が行った痛みへの対処を確認する〕〔鎮痛剤や処置の効果を確認する〕〔薬剤が過不足なく使用されていることを確認する〕〔訪問と訪問の間の痛みに関する情報のギャップを埋める〕のサブカテゴリーで構成されている。

〔患者・家族が痛みについて話すことを促す〕

患者・家族の側から痛みについて話し出すこともあるが、そうでない場合は看護師が痛みについて患者が話すきっかけを作っていた。

「どんな調子ですかね？痛みの調子は。」（看護師D、患者・家族e）といった痛みに関する抽象的な質問をし、患者が痛みについて表現しにくい様子が見られると、「食べると？」（看護師D、患者・家族e）と痛みを引き起こす要因を

表2 痛みへのセルフケアを行っているがん患者と家族に対する訪問看護師の援助

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー
患者・家族の痛みへの対処能力を高める	訪問と訪問の間の痛みとその対処について 焦点化し、理解する	患者・家族が痛みについて話すことを促す
		痛みの詳細を把握する
		痛みの程度を察して理解する
		患者・家族が行った痛みへの対処を確認する
		鎮痛剤や処置の効果を確認する
		薬剤が過不足なく使用されていることを確認する
		訪問と訪問の間の痛みに関する情報のギャップを埋める
	患者・家族と共に痛みをアセスメント ・判断する	判断とその根拠を伝える
		判断の根拠性を強化する
		処置や薬剤の使用によって期待される結果を提示する
		今後考えられる方向性を示す
		次回の訪問までの対処の方針を伝える
		家族と患者の考えを確認する
	具体的な対処を提示する	予測される必要な対処を伝える
		痛みへの対処のための情報を伝える
		患者・家族の痛みへの対処の適切性の保証と訂正をする
		看護師の役割を伝える
		他職種との連携を伝える
患者・家族の痛みとその対処への 安心感の提供	患者・家族の痛みと痛みに関連した不安を 理解し緩和する	痛みや薬剤に対する患者の思いを洞察して確認する
		痛みに焦点化することを避ける
		痛みと痛みに関連することへの心配を打ち消す
		希望をつなげる
		身体状況のよい面を伝える
		患者・家族の痛みの対処への気持ちを高める
	身体状況と疼痛緩和の現実的な目標の 受け入れを患者・家族に促す	患者の身体状況の認知を高める
		疼痛緩和の目標を現実的なレベルに下げる
	看護師が共に疼痛緩和に関わる 意思表示をする	看護師が患者の痛みをよく理解していることを伝える
		看護師の疼痛緩和に対する思いを伝える

あげて、痛みがどうだったのかを患者が話しやすいように質問のしかたを具体的な内容に変えて質問していた。

〔痛みの詳細を把握する〕

看護師は患者の痛みの状態を把握するために、痛みの部位、痛みが増強した時間、痛みの程度、痛みの性質、どのような状況で痛みが増強したのか、痛みが生活にどのような影響を与えているのかなどを「いつ?」「どのくらい?」「どんなふうに?」と質問を重ねていた。それに対する患者・家族の返答を、そのまま繰り返したり、要約して患者・家族に看護師の把握した内容を確認することで、看護師の理解の適否の判断をしていた。質問時には以前の痛みと比較させたり、スケールを用いて痛みを表現してもらうなどの方法がとられていた。また、痛みのある部位については、直接身体に触れて確認するなどの行動を行い、痛みについて正確に理解しようとしていた。

〔痛みの程度を察して理解する〕

看護師は患者の言葉だけでなく、身なりや行動といった患者の様子を見て痛みがあることを察して引き出していた。以下はその例である。

看護師D：久しぶりにこれ見たもの。無精ひげ。（患者の無精ひげが生えたあごを触る）

患者e：そう？

看護師D：いつもすきっとしてた。朝から痛かったんでしょう？今日。ね。

患者e：痛いからなんもできねえ、する気になんねんだわ。

看護師D：そうだよね。

また、患者が痛みがないという場合にはそれを鵜呑みにするのではなく、本当の痛みを表現していないことを察して、本当の痛みの訴えを引き出そうとしていた。患者が痛みがないことを数値でゼロと表現した場合は、「ほんとのところは、どうですか？痛みはゼロですか？」（看護師D、患者・家族d）と本当の痛みを看護師に伝えているのかどうかを確認していた。

〔患者・家族が行った痛みへの対処を確認する〕

看護師は患者・家族が痛みがあったときに、どのような薬を、いつ、どれくらいの痛みのときに使用したか、または薬剤以外の対処を行っ

たのかを質問して確認していた。「痛いなーと思って水薬（頓用の鎮痛剤）飲むでしょ？そのときは（普段10段階評価で）5の痛みが6とか7とかになってるんですか？」（看護師D、患者・家族e）「オプソ飲まなかったの?」「この座薬つかったの?」（看護師C）など薬剤名をあげたり、実際の薬品を見せながら質問をし、確認を行っていた。

〔鎮痛剤や処置の効果を確認する〕

患者・家族や訪問看護師が行った痛みへの対処のうち何が効果的だったのかを質問することで確認していた。

「（痛みのある部位にアイスノン当てていた患者に対して）アイスノンしたら気持ちいいの?」（看護師A）

「座薬とね、飲む水薬と、どっちが効きますか?」（看護師D、患者・家族e）

〔薬剤が過不足なく使用されていることを確認する〕

定期的に使用する鎮痛剤が予定通りに使用されているのか、頓用薬が不足していないかを質問することで確認していた。

〔訪問と訪問の間の痛みに関する情報のギャップを埋める〕

定期的な訪問の場合、看護師の訪問と訪問の間に医師が往診に行くことがある。看護師は医師が患者・家族にどんなことを言ったのかを確認して聞いていた。

「先生座薬のことなんか言ってた?」（看護師C）

（2）【患者・家族と共に痛みをアセスメント・判断する】

看護師は患者・家族から得た痛みに関する情報と、自分が観察した内容をもとに判断したり、予測したことを患者・家族に伝えていた。そして、一方的に判断するだけではなく、看護師が判断したことを患者・家族はどう思うのかを確認していた。このカテゴリーは「判断とその根拠を伝える」「判断の根拠性を強化する」「処置や薬剤の使用によって期待される結果を提示

する〕〔今後考えられる方向性を示す〕〔次の訪問までの対処の方針を伝える〕〔家族と患者の考えを確認する〕のサブカテゴリーで構成されている。

〔判断とその根拠を伝える〕

看護師は患者・家族から得た情報と、自分が観察した内容を合わせて、わかったことや推測されることを伝えていた。また、薬剤の使用や処置の有無を判断した時には、その理由や根拠となるものを示していた。

看護師D：（患者eに対して、腹痛の軽減のために浣腸をしようかどうか迷っていたときに自然に排便があり、その後に腹部を触診する）お腹やわくなったもん。（介護者の妻の顔を見る）ペしょんて。一中略—（腹部を触診しながら）確かにまだお腹は動いている。やっぱりあの少し粒の、粒の小さいお薬飲んでもらってるから、あれでこうお腹の、ちょっと例えば炎症が起きているところに炎症を和らげるような働きをするのでね、それで少し良いのかも知れないな。一中略—うん、ちょっと様子見ましょう。せっかく自力で出てるし、ね。1回、2回も出てるからね。浣腸しないで。

〔判断の根拠性を強化する〕

看護師が判断したのと同様のことを、医師も言っていたことを伝えることで、自分の判断の正しさを強化していた。

〔処置や薬剤の使用によって期待される結果を提示する〕

看護師は、自分が患者に必要だと判断した薬剤の使用や処置をすることによって、どのような結果が期待されるのかを説明していた。

看護師D：（患者・家族eに対して）それは炎症を抑えるお薬。ね。食欲も少し出るんじゃないかなーって、今お腹の動きっていうか、どうしても弱くなってるのを炎症を抑えて、うんと、お腹のこう、通りをよくするっていうかな、そういうお薬です。

〔今後考えられる方向性を示す〕

看護師は今後考えられる可能性について説明し、方向性を示していた。患者eは持続的に塩酸モルヒネを静脈に注入しているが、腹部の腫瘍による痛みが強かった。看護師Dは塩酸モルヒネの増量の可能性を話したが、そのことにより鎮痛効果よりも眠気が強く出るのではないかという可能性も伝え、他の薬剤を変更した直後という状況から、「まずそちらを見ながらやってみます」と非麻薬製剤の効果を見てから考えるという方向性を示した。

〔家族と患者の考えを確認する〕

看護師は自分が判断したことをそのまま伝えるだけでなく、患者と家族の考えを確認していた。訪問時に鎮痛剤を使用するかどうかを、「治ったかな？様子見るかい？」（看護師D、患者・家族e）と患者と家族の考えを確認し、共に決定していた。

（3）【具体的な対処を提示する】

看護師は実際に疼痛に対してどのような対処を行うのかを〔予測される必要な対処を伝える〕

〔痛みへの対処のための情報を伝える〕〔患者・家族の痛みへの対処の適切性の保証と訂正をする〕ことで示し、〔看護師の役割を伝える〕〔他職種との連携を伝える〕ことで、その対処を誰がするのかを具体的に提示していた。

〔予測される必要な対処を伝える〕

看護師は薬剤の不足や痛みが出た時のことを予測して、家族に具体的な対処方法を示していた。以下は患者の痛みが出たときのことを予想して、患者に対処の仕方を伝える場面である。

看護師A：うん。で、まずはさー、本当に痛かったらさー、ちょっと動かしてみても動かせないくらい痛かったら、まず薬飲むでしょ？えっとそれであんまり痛いようだったら薬の量、何回もね、痛くなるようだったら薬の量変えてもらうし、そのときだけまたま痛かったんだったら、それはそれで薬飲んで治まったらよかったねってなるし。

〔痛みへの対処のための情報を伝える〕

看護師は患者・家族に鎮痛剤を使用するタイミングや、薬剤の作用、薬剤の選択方法などの情報を伝え、患者と家族が痛みに対処するために必要な情報を説明し、伝えていた。以下は鎮痛剤を使用するタイミングについて患者に説明している場面である。

看護師D：痛くなりそうだなーと思ったくらいのときに、（鎮痛剤の座薬を）入れるほうが、

患者e：あそう。

看護師D：結果的には早く効くので、あまりこう、ぎりぎりまで（鎮痛剤の使用を）待たないほうが良いと思います。

〔患者・家族の痛みへの対処の適切性の保証と訂正をする〕

看護師がいない間、患者・家族は自分たちで痛みに対処しているが、看護師はその対処が適切なのか、そうでないのかを伝え、誤った知識であれば訂正を行っていた。看護師の側から気がついてアプローチすることもあれば、患者・家族の側から対処について質問があり、それに答えるという形でも行われた。下記は患者・家族の鎮痛剤の選択が妥当であることを伝えている場面である。

看護師A：（患者が痛みに対して塩酸モルヒネ錠を内服したことに対して）あの玉（塩酸モルヒネ錠）1個飲んで正解だわね。それでよくなったから、対処としてはそれでよかったんだと思いますよ。無謀に飲んでいるわけでもないし、1回で治ってるし。いいよ。あれ飲んでね。

以下は家族が薬剤の種類を誤って覚えていたため、それを訂正している場面である。

家族e：したからね、これ（座薬）と（頓用の塩酸モルヒネ液は）同じような質なのかなって。

看護師D：うん、ちょっと違うんだわ。あの痛み止めをなんか助けるような作用はあるんだけど、全然こう種類としては違うんだよね。

家族e：モルヒネ？

看護師D：（手に持っていた薬剤を見せて）。こっちがモルヒネ、あっちは消炎剤。

〔看護師の役割を伝える〕

看護師は、薬剤が不足しそうなので薬剤師へ連絡しておくこと、鎮痛目的のための定期的な浣腸は家族ではなく看護師が来たときに行うことなど、自分の役割を具体的に患者・家族に伝えていた。

〔他職種との連携を伝える〕

複数の機関から訪問看護を受けている場合、他のステーションの看護師に自分の訪問したときの様子を連絡することを伝えたり、訪問薬剤師と薬剤の変更について連絡を取ったこと、医師が往診時に患者・家族に言ったことを看護師も聞いていることなど、患者・家族に関わる医療者と連携し、それぞれの役割を果たしていることを伝えていた。

2) 《患者・家族の痛みとその対処への安心感の提供》

（4）【患者・家族の痛みと痛みに関連した不安を理解し緩和する】

看護師は患者・家族の〔痛みや薬剤に対する患者の思いを洞察して確認する〕ことで思いを理解し、〔痛みに焦点化することを避ける〕〔痛みと痛みに関連することへの心配を打ち消す〕

〔希望をつなげる〕〔身体状況のよい面を伝える〕〔患者・家族の痛みの対処への気持ちを高める〕といった働きかけをしていた。

〔痛みや薬剤に対する患者の思いを洞察して確認する〕

看護師は患者・家族の痛みや薬剤に対する思い、感情を察して、質問したり、代わりに言語化する、または、推測した気持ちを途中まで言いかけて患者・家族に表現させることで気持ちを確認して、理解していた。

以下はその例である。

看護師D：eさんは痛くなってきたらドキッとします？

患者e：ドキッとするとよりさ、あの、腹立って

くる。

看護師D：腹立ってくる？そうだよね。腹立ってくるよね。なしてまた痛くなってきたってね。

以下も同様の例である。

患者a：足はね、痛くないんだなんも。

看護師A：足は痛くない、腰がね。

患者a：こういうところとかがね、使うしょ？
（自分の腰をさする）

看護師A：（痛くなって）どうしようと思ったのね。

患者a：どうしようって。

〔痛みを焦点化することを避ける〕

看護師は、痛みを話題にすると患者・家族の不安が強くなると思ったときには、患者・家族が痛みについて話していても、聞き流したり、話題を変えたりしていた。

〔痛みと痛みに関連することへの心配を打ち消す〕

患者・家族は痛みが増強するとがんの進行を意味するものにとらえたり、思うように痛みがとれずに不安になったりすることがある。そんなとき、看護師は痛みを強く感じるようになった理由を伝えたり、他の患者のことを例にあげる、心配の必要がないこと、今以上の方法があることを保証する、などして、患者・家族の心配を打ち消そうとしていた。

下の例では、看護師は痛みが強くなった理由を説明した後に、患者・家族に痛みが増強したことを悲観することはないと、心配しなくてよいことを伝えている。

看護師D：（患者・家族eに対して）これね（持続的に静脈に注入している塩酸モルヒネを手にとって）、少し、あの、（塩酸モルヒネを）どんどん減らしてるんですよ。一中略一だからそういうような減らし方と体の調子がうまく合わなかったかもしれないし、体調の変化ではないと思うんです。一中略一だからあんまり悲観することはないと思うよ。

〔希望をつなげる〕

看護師は、患者・家族の“痛みや痛みの治療がこうなったら良い”という思いを否定せずに受け止めたり、現在は痛みがあっても、薬剤の調整中のためであり、調整がうまくいけば今後痛みが緩和される可能性があることを伝えて患者・家族の気持ちを支えていた。

家族e：（鎮痛剤を持続静脈注射から内服薬に切り替えられると思っていたが、痛みが増強したために切り替えられなくなって）せっかくね、飲み薬でお腹痛み抑えようとしたのにね。これ（持続静脈注射）なくなっていやーいや、せいせいだねって言ってたのに、ダメだった。

看護師D：大丈夫。あわてないで。大丈夫大丈夫、また、様子見ながらするから。

〔身体状況のよい面を伝える〕

患者・家族は痛みにはばかり注意を向けがちだが、看護師は他の身体状況でよいことを伝えることで、患者・家族の気持ちを支えていた。例えば、以下の例では、下肢の痛みがある患者に対して看護師は、浮腫がよくなったことを強調して伝えていた。

看護師A：でも、足のむくみそんなでもないわ。一中略一

（左足背を見て）あ、こっちは全然大丈夫。全然（語気を強めて）大丈夫。

患者a：なんともない？

看護師A：（力を込めて）全然大丈夫。

〔患者・家族の痛みの対処への意欲を高める〕

看護師は患者・家族が意欲的に痛みに対処できるようなコミュニケーションを取っていた。患者が前向きに処置に取り組めるように「いざ行かん」（看護師D、患者・家族e）とかけ声をかけたり、患者・家族が痛みによく対処できていることを賞賛することが多く見られた。

例えば、家族が薬剤の量を自分で調整したことに誤りがなかったかどうかを看護師に確認したところ、看護師は「そう、その通り！（家族の肩をたたき、患者の方を見ながら）もう奥さ

んね、すばらしいの。ね。何でもちゃんとやって。」（看護師D、患者・家族e）と家族がきちんと対処できていることを賞賛していた。

（5）【身体状況と疼痛緩和の現実的な目標の受け入れを患者・家族に促す】

患者・家族は全く痛みがない状態を求めることがあるが、患者の病状によっては完全な除痛は困難な場合がある。そのような身体状況を患者・家族が受け入れられるように〔患者の身体状況の認知を高める〕〔疼痛緩和の目標を現実的なレベルに下げる〕という働きかけをしていた。

〔患者の身体状況の認知を高める〕

患者・家族に痛みが起こる身体状況を伝えることで、痛みのある生活を受け入れるように促していた。

患者e：（食べる量が少し多いと腹部の痛みが強くなるが）このぐらい（人差し指と親指で小さな隙間を作り）食べてれば（痛みは）なんともないんだよね。

看護師D：やっぱりね、胃がね、いっぺんに入らないからね、切ってるからね、eさん。

〔疼痛緩和の目標を現実的なレベルに下げる〕

看護師は、患者・家族に疼痛緩和の限界を示し、痛み以外のことを考えられるような生活を考えたり、疼痛緩和の目標を現実的なものに下げないように働きかけていた。以下の例はいつでも患者が望むように疼痛が緩和できるわけではないことを患者・家族に伝えている。

看護師D：（患者・家族eに対して、看護師が訪問時の痛みをすぐに緩和できずに帰るときに）少しごめんね。ちょっとパツとしないけど、あの、様子見なきゃなんないときもあるので、申し訳ないけど、ちょっと様子見てください。お願いします。

以下の例は痛みのためにベッド上で生活している患者aが、いつになったら体が楽になるのかと看護師に尋ねた場面で、看護師が患者・家族に疼痛緩和の目標を下げるように具体的に話す場面である。

看護師A：（患者の目を見て話しながら、血圧測定のために右腕にマンシェットを巻く）もうさー、でもさー、痛いのとかもさ、お薬とかも使ってどうにかねえ、調整しているとこだからさ、何かがあって、すごい何かがあってね、すっかりよくなるってよりは、こう、うまくさーお薬使いながら、楽に過ごして、何か、こうテレビ見て楽しむとか、あのお家で父さんとけんかしながらも笑いながら仲良くするとか、（加圧する）孫の顔見たりとか、そういうので少し楽しむとか、お薬の力とか借りながらー、楽しんでいくっちゃうのもひとつの方法でないかい？

（6）【看護師が共に疼痛緩和に関わる意思表示をする】

〔看護師が患者の痛みをよく理解していることを伝える〕〔看護師の疼痛緩和に対する思いを伝える〕の2つのカテゴリで構成されている。

〔看護師が患者の痛みをよく理解していることを伝える〕

看護師は痛みについて患者・家族と話をするとき、以前の痛みの状況や薬剤の使用の経過を覚えており、これまでの疼痛とその治療経過を一緒に振り返っていた。そのことが自分は患者の痛みをよく理解しているというメッセージとなっていた。また、「むしろ便が出るって言うよりもeさんの場合は、やっぱり刺激してあげて、お腹の動きよくして、ガスでも少しでたほうが、結局痛みがよくなるって言う傾向を、傾向をつかんだので。」（看護師D、患者・家族e）と痛みの傾向をつかんだことを伝えていた。これらのことから看護師は過去も現在も患者の痛みをよく理解していることを会話の中で示していた。

〔看護師の疼痛緩和に対する思いを伝える〕

看護師は患者の痛みをどう思っているのか、自分の気持ちを伝えていた。患者のことを心配していた気持ちをそのまま伝え、痛みが緩和されたときには「よかった」とともに喜んでいた。

緩和されず患者がつかうようなときには、対処について迷いの気持ちを表したり、「(薬の)さじ加減が、eさん難しいね」(看護師D、患者・家族e)と疼痛緩和の難しさを表現し、疼痛が緩和できずに申しわけなさを伝えていた。そして、「痛くならないようにがんばるから」(看護師D、患者・家族e)と疼痛を何とかしたいという気持ちを伝えていた。

VI. 考察

1. 痛みへのセルフケアを行っている患者・家族に対して、訪問看護師が行っている援助の意味

本研究の対象である看護師たちは、結果に示したようにがんの痛みへのセルフケアを行っている患者・家族に対して、単なる痛みに対する対処方法の伝達だけに終わらず、同時に安心感を与える援助を行っていた。

これまでの看護師のセルフケアへの働きかけは「指導」という看護師が教える側で患者は教わる側という一方的な印象があった。実際に板垣ら²¹⁾は慢性疾患の指導場面の分析を行い、看護師が患者・家族の感情を受け止めることなく、単に「説明」を行っていたことを報告している。足利²²⁾はこれまでのこのようなパターンリズムを持つセルフケア指導から患者の自律性を重んじ、合意形成をしていく「セルフケア支援」への転換を勧めている。本研究の看護師は、【患者・家族と共に痛みをアセスメント・判断する】、患者・家族の感情に配慮した【患者・家族の痛みと痛みに関連した不安を理解し緩和する】といった援助を行っており、「指導」よりも「セルフケア支援」に近い働きかけ方をしていたと考える。このように、一方的な知識の伝達ではなく、患者・家族と一緒に考えるという姿勢が、訪問看護における痛みへのセルフケアへの援助では重要である。看護師から対処方法のみを伝達されるだけでは、患者・家族は対処方法を「覚える」だけになってしまうが、看護師と一緒にアセスメントや判断を行うことで、患者・家族

は痛みやその対処の「考え方」を学び、その後の【具体的な対処を提示する】での内容とのつながりが理解され、主体的なセルフケアが可能になると考える。さらに、これらの援助において重要となるのが、【訪問と訪問の間の痛みとその対処について焦点化し、理解する】ことである。ここで、いかに患者・家族の痛みについて、患者・家族の認識とずれがなく、正確に理解できるかがその他の援助に影響すると考える。

また、看護師は【身体状況と疼痛緩和の現実的な目標の受け入れを患者・家族に促す】ことを行っていた。これまで、がんの痛みのマネジメントにおいて、患者と目標を共有することの重要性が指摘されてきた。本研究において看護師は、痛みのマネジメントに対して患者・家族が高すぎる目標を持っていた場合は〔疼痛緩和の目標を現実的なレベルに下げる〕働きかけをし、目標を修正するように促した。また、〔患者の身体状況の認知を高める〕では、痛みが起こる身体の状態の必然性を患者が受け入れるように働きかけていた。これらの働きかけは、患者に対して「今すぐ完全に痛みを取り除くことはできない」という痛みの緩和の限界を示すことを意味していると考えられる。患者・家族の痛みのマネジメントへの過度の期待は、「なぜ痛みがすぐに完全に取れないのか」という不安を招き、不安はさらに痛みを増強させる²³⁾という悪循環を生じさせると考えられる。また、どんなに痛みへの対処をしても自分たちの思うような痛みのレベルにならなければ、行っているセルフケアに対して自信を失い、主体的に痛みのマネジメントに関わる際に必要だと考えられている、自己コントロール感覚²⁴⁾を持たないと考えられる。Zerwekh²⁵⁾は、ホスピス家族ケアモデルにおいて、訪問看護師の能力のひとつに“真実を語ること”を挙げている。本研究でも、看護師が患者・家族に「疼痛緩和の限界」という真実を提示することで、患者・家族と痛みに対する現実的な対処を一緒に考えていくことができるのだと考察された。

しかし、看護師は「疼痛緩和の限界」を突きつけているだけではない。【患者・家族の痛みと痛みに関連した不安を理解し緩和する】ことと【看護師が共に疼痛緩和に関わる意思表示をする】ことを行っている。ここで看護師は、〔患者の痛みをよく理解していることを伝える〕、〔看護師の疼痛緩和に対する思いを伝える〕ことで、常に患者・家族に関心を向け、理解していること、サポートしていることをアピールしていると考ええる。痛みは患者・家族の不安を喚起させる。しかし、困ったときには相談できる人がある、痛みのことをわかっている人があると患者・家族が思えることが、在宅で痛みへのセルフケアを行う上で、心の支えとなるものと考ええる。

2. 痛みへのセルフケアを行っている患者とその家族に対して、訪問看護師が行っている各援助の関連性

コアカテゴリーとして《患者・家族の痛みへの対処能力を高める》《患者・家族の痛みとその対処への安心感の提供》の2つが明らかになった。この2つは独立したものではなく、看護師は【訪問と訪問の間の痛みとその対処について焦点化し、理解する】、【患者・家族と共に痛みをアセスメント・判断する】、【具体的な対処を提示する】といった《患者・家族の痛みへの対処能力を高める》援助の中で、またはそれらの援助に引き続く形で、【患者・家族の痛みと痛みに関連した不安を理解し緩和する】、【患者・家族に現実的な身体状況と目標の受け入れを促す】、【看護師が共に疼痛緩和に関わる意思表示をする】という、《患者・家族の痛みとその対処への安心感の提供》を行っていた。また、《患者・家族の痛みへの対処能力を高める》ことで、患者・家族の安心感は高まると考えられる。したがって、《患者・家族の痛みへの対処能力を高める》と《患者・家族の痛みとその対処への安心感の提供》は関連性を持つものであると考えられた。この関連性を示す概念

図を図1に示す。

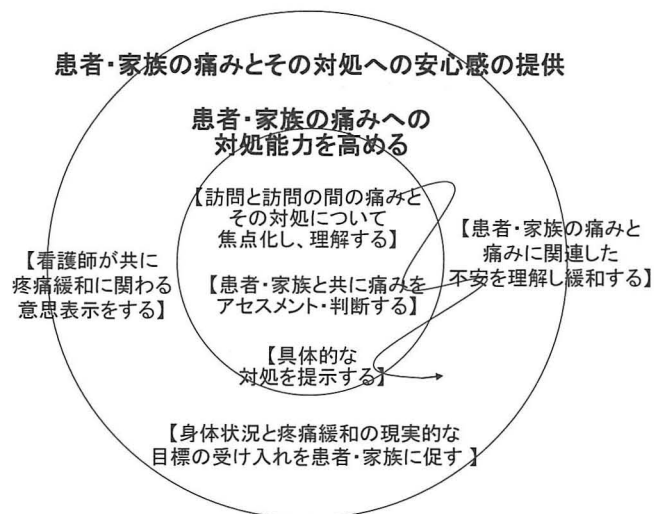


図1 痛みへのセルフケアを行っているがん患者とその家族に対する訪問看護師の援助の概念図

図1のように、ケアは円の中央に位置する《患者・家族の痛みへの対処能力を高める》から始まり、それを核として展開する。その核を取り巻くように、《患者・家族の痛みとその対処への安心感の提供》が行われ、矢印は看護師の援助の方向性を示す。矢印で示したように、この2つの援助は相互に関連して行われていると考える。また、この同心円の大きさが、訪問看護師による痛みへのセルフケアを行っているがん患者・家族に対する援助の大きさを示すと考えた。それは、患者の痛みやセルフケアの程度、心理状況などの患者側のニーズ、看護師の疼痛緩和の知識やその他の力量などの様々な状況によって変化すると考えられた(図2)。例えば、患者・家族の不安は少ないが、痛みへのセルフケアに関する情報や知識が患者・家族にとって必要だと看護師が判断して関わる場合には援助は図2のAのように《患者・家族の痛みへの対処能力を高める》中心の円が大きくなる。その反対に、セルフケアはできているが、患者・家

族の不安が強い場合の援助はBのように図示される。患者・家族の痛みへのセルフケアが順調に行われている場合には、Cに示されるように

患者・家族への援助そのものが少なくなり、援助を示す円は小さく表され则认为る。

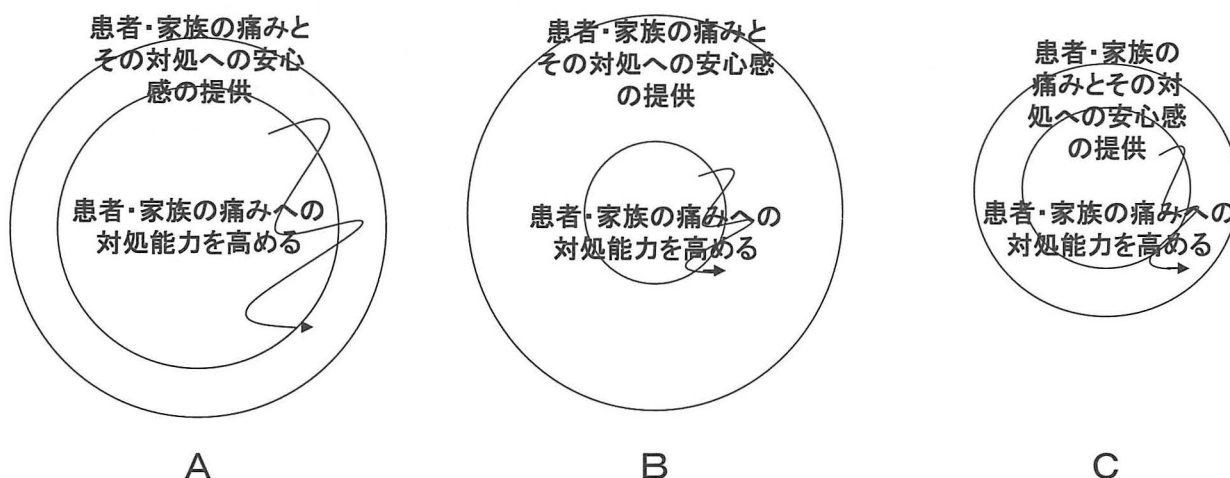


図2 痛みへのセルフケアを行っているがん患者とその家族に対する訪問看護師の援助のバリエーションの概念図

VII. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、対象者となった看護師が4名、患者・家族との組み合わせでは5組と少なかったことから、今後は対象者を増やして検討する必要がある。今回は自宅で痛みへのセルフケアを行っている患者とその家族に対して、訪問看護師が行っている援助内容という視点で研究を行ったが、今後は看護師が行った援助が、患者・家族のセルフケアの能力に与えた影響を明らかにすることが必要となる。また、今回は訪問場面でのみの援助内容に着目したが、訪問看護師は訪問時以外にも患者・家族の痛みへのセルフケアを支えるための活動を行っており、その点についても今後明らかにしていきたい。

VIII. 結論

1. 自宅で痛みへのセルフケアを行っている患者とその家族に対して、訪問看護師が行っている援助を分析した結果、【訪問と訪問の間の痛みとその対処について焦点化し、理解する】【患者・家族と共に痛みをアセスメント・判断する】【具体的な対処を提示する】【患者・家族の痛

みと痛みに関連した不安を理解し緩和する】【身体状況と疼痛緩和の現実的な目標の受け入れを患者・家族に促す】【看護師が共に疼痛緩和に関わる意思表示をする】の6つのカテゴリと28のサブカテゴリが抽出された。これらは《患者・家族の痛みへの対処能力を高める》《患者・家族の痛みとその対処への安心感の提供》という2つのコアカテゴリを形成しており、この2つのケアはお互いに連動していたと考えられた。

2. 一方的な知識の伝達ではなく、患者・家族と一緒に考えるという「セルフケア支援」が、重要であることが示唆された。

3. 痛みへのセルフケアを行っている患者とその家族に対する援助では、訪問看護師がいかに患者の痛みについて、患者・家族の認識とずれがなく、正確に理解できるかがその他の働きかけに影響すると考えられた。

4. 看護師が、患者・家族に「疼痛緩和の限界」という真実を提示することで、患者・家族と痛みに対する現実的な対処を一緒に考えていくことができると推察された。

5. 自宅で痛みへのセルフケアを行っている患者とその家族に対して、訪問看護師が行っている援助の《患者・家族の痛みへの対処能力を高める》《患者・家族の痛みとその対処への安心感の提供》は同心円で表され、円の大きさは訪問看護師による患者・家族のがんの痛みに対するセルフケアへの働きかけの大きさを示すと考えられた。援助は患者の痛みやセルフケアの程度、心理状況などの患者側のニーズ、看護師の疼痛緩和の知識やその他の力量などの様々な状況によって変化すると考えられた。

引用文献

- 1) Robert Twycross, Andrew Wilcock, 武田文和監訳：トワイクロス先生のがん患者の症状マネジメント, 19, 医学書院, 2003.
- 2) 林直子：がん患者のPain Managementに影響を及ぼす看護婦の判断根拠及び因子の検討, 日本がん看護学会誌, 12(2), 45-57, 1999.
- 3) 林直子：がん患者のPain Managementに必要な看護知識の検討—学習教材における教育項目の選定—, 日本がん看護学会誌, 12(2), 59-70, 1999.
- 4) 久保五月, 遠藤恵美子：がん患者の疼痛緩和ケアに携わるエキスパートナースの実践知, 日本がん看護学会誌, 14(2), 55-65, 2001.
- 5) 佐々木恵, 山岡みどり, 松田和子他：「疼痛フローシート」を用いたがん患者の痛みの評価, 第21回日本看護学会集録（成人看護Ⅱ）, 213-216, 1990.
- 6) 石津こずえ, 後藤みひろ, 杉山江美他：悪性腫瘍患者の疼痛コントロールにおける一考察—疼痛フローシートに患者の参画を促して, 第23回日本看護学会集録（成人看護Ⅱ）, 150-153, 1992.
- 7) 片桐紀子, 渡辺恵美子, 児島由利江他：ターミナルケアにおけるFace Scale法を使用した痛みと鎮痛効果の査定, 臨床看護, 25(10), 1254-1261, 1996.
- 8) 立石佳代, 中村淑乃, 中谷信江, 他：モルヒネ除放錠によるペインマネジメント向上への取り組みとその効果, 第28回日本看護学会集録（成人看護Ⅱ）, 155-158, 1997.
- 9) 深井喜代子, 掛田崇寛, 新見明子他：がん性疼痛患者の痛みの評価と緩和ケア, 臨床看護, 25(10), 1555-1562, 1999.
- 10) 吉田みつ子：痛みのあるがん患者の日常生活の安寧感と痛みのコントロール, 日本看護科学学会誌, 17(4), 55-63, 1997.
- 11) 内田香織：がん患者の痛みに対するセルフケア促進のための看護介入, 日本がん看護学会誌, 17(Suppl), 60, 2003.
- 12) 荒尾晴恵：症状マネジメントにおけるIASMの有効性の検討—がん性疼痛の症状マネジメントにおける比較から, 看護研究, 35(3), 19-33, 2002.
- 13) 新貝夫弥子, 渋谷優子：がん性疼痛に対する患者の疼痛評価と対処行動, 日本がん看護学会誌, 13(2), 38-47, 2000.
- 14) 水野照美, 佐藤禮子：痛みのあるがん患者の在宅療養における苦痛とセルフケア, 千葉大学看護学部紀要, 25号, 1-8, 2003.
- 15) 長江弘子, 成瀬和子, 川越博美：在宅ホスピスケアにおける家族支援の構造—訪問看護婦の支援に焦点を当てて—, 聖路加看護大学紀要, 26, 31-43, 2000.
- 16) 野嶋佐由美監修：セルフケア看護アプローチ—理と実践—そして創造 第二版, 日総研, 2000.
- 17) 渡辺裕子：家族看護学を基盤として在宅看護論Ⅰ【概論編】, 日本看護協会出版会, 2004.
- 18) 野戸結花, 三上れつ, 小松万喜子：終末期における臨床看護師の看護観とケア行動に関する研究, 日本がん看護学会誌, 16(1), 28-37, 2002.
- 19) 箕浦康子：フィールドワークの技法と実際—マイクロ・エスノグラフィー入門—, ミネルヴァ書房, 2001.
- 20) Hollouway Immy, Wheeler Stephanie, 野口美和子訳：ナースのための質的研究入門, 65-69, 医学書院, 2000.

- 21) 板垣昭代, 飯田澄美子: 慢性疾患患者教育における看護婦-患者・家族のコミュニケーションに関する研究, 聖路加看護大学紀要, 24, 32-41, 1998.
- 22) 足利幸乃: 特集 がん化学療法看護 セルフケア支援のABC前編 がん化学療法に必要な看護の役割とセルフケア支援, 看護学雑誌, 67(10), 955-958, 2003.
- 23) 梅田恵, 樋口比登実: Q&Aでよくわかる! がん性疼痛ケア, 9, 昭林社, 2003.
- 24) 岡田美賀子, 梅田恵, 桐山靖代: 最新 ナースによるナースのためのがん患者のペインマネジメント Evidence-based Nursing Practice の探求, 16-17, 日本看護協会出版会, 1999.
- 25) Joyce V. Zerwekh, 訳永田智子: ホスピス看護における家族ケアモデル, 看護研究, 32(1), 33-43, 1999.

Nursing Support Provided by Visiting Nurses for Cancer Patients and Their Families Engaging in Self-care for Pain at Home

Michiko AOYANAGI

(Division of Nursing, Department of Health Sciences, School of Medicine, Hokkaido University)

Abstract

The purpose of this study is to clarify the nursing support provided by visiting nurses for cancer patients and their families engaged in in-home, self-care for pain management. Data was collected through the participant-observation method of the nursing situations in the patients' homes. Participants included four visiting nurses, five patients with cancer pain and their families.

The support provided was composed of the following six categories: "focusing and recognizing patient's pain and self-care when the nurse does not visit the patient's home", "assessing the patient's pain with the patients and his or her family", "proposing pain management methods to the patient and his or her family", "understanding and defusing anxiety about pain and items related to pain", "intervention to realize the patient's state and to accept the patient's goals for pain management", and "expressing to manage the patient's pain together". These 6 categories were formulated two core categories: "developing the patient and his or her family's ability for self-care of pain management", and "encouraging the patient and their family to manage independently". These two core categories are related to each other.

Key words: pain, self-care, cancer patients and their families, home visiting nurse, nursing practice