

原著

## 顎裂部骨移植術を受けた患児の 離床時における看護師の援助 —ある小児科病棟の離床場面におけるエスノグラフィー—

井上清香\*<sup>1</sup> 中新美保子\*<sup>1</sup>

### 要 約

顎裂部骨移植術後の離床場面では、腸骨を削ったことによる強い痛みを抱えている患児と、患児を心配しながら見守る保護者との両者の状況や反応を捉えながら、看護師は離床を進める必要がある。本研究は、顎裂部骨移植術を受けた患児の離床時における看護援助の力と技を明らかにすることを目的に、エスノグラフィーの方法を用いて、患児、保護者、看護師の3者を1組とする計4組を対象とし、参加観察と半構成的面接を行った。その結果、看護師の援助として(1)離床前に痛みの程度から離床可能を判断し、恐怖を取り除きながら離床継続に努める(2)腸骨部への負担軽減のため看護師主体でベッドアップから一気に端座位まで進める(3)子どものがんばりを認め、自信に変えて離床を進める(4)我が子を気づかう保護者の思いを大切にしながら離床を進める(5)がんばって離床した後の子どもに鎮痛剤の使用を提案するの5つのテーマが明らかになった。看護師は、顎裂部骨移植術後の子どもの苦痛を理解した上で離床の可否を判断する力、痛みと恐怖を落ち着かせて子どもの主体性を引き出しながら離床を進める技、保護者の思いの尊重と専門職としての役割発揮のバランスを調整する力を持ち備えておく必要があると示唆された。

### 1. 緒言

顎裂部骨移植術は、顎裂部へ腸骨部の骨組織(海綿質)を移植し、歯槽形態の改善、顎裂部への側切歯・犬歯の萌出誘導、顔面(特に唇裂鼻)の形態改善などに有用な治療法<sup>1)</sup>として知られている。先天異常のなかで最も発生頻度の高い外表異常の一つである口唇口蓋裂の治療としても適用されており、手術時期は上顎犬歯萌出前の学童期頃が良い<sup>1)</sup>とされている。手術後は、歩行障害が懸念されるほど、骨を削ったことによる腸骨部への強い痛みを伴う。歩行可能が最長で手術後9日目の症例があった<sup>2)</sup>ことから、患者は痛みによって歩行を躊躇する傾向にあることも指摘されている。一般外科的手術後に求められる呼吸器合併症予防のための早期離床を目標とするよりは、歩行することによる創部への負担にともなう再出血と痛みへの恐怖を意識した早期離床が必要であると考えられる。

一般的に手術後の創痛は24時間以内が最も強く、その後2~3日間痛みが継続すると言われている<sup>3)</sup>が、その状況下でも離床は進められる。したがって、手術後の初回の離床は身体的・心理的な負担を伴う<sup>4)</sup>とされ、特に成長発達途上にある未熟な子どもにとってはその影響が心配される。子どもは自分の痛みを適切に表現する能力が乏しいことや初めての体験に対しての適応力がなく恐怖感を抱きやすいことから、看護師は、特に子どもの状態や反応をとらえながら離床を進めることが必要である。また看護援助では患児の力を引き出すために保護者の協力を得ることが重要であると指摘される<sup>5)</sup>。しかし、離床時の苦痛を伴う我が子を見守る保護者にとっても心身の負担がかかることが予測されることから、看護師は、保護者の状態や反応も捉えながら協力を得ることが必要である。このように看護師の捉え方や判断、そして関わり方は、離床時の子どもへの安楽に

\*1 川崎医療福祉大学 保健看護学部 保健看護学科  
(連絡先) 井上清香 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学  
E-mail: k.inoue@mw.kawasaki-m.ac.jp

繋がる重要なことであるが、手術を受けた患児の離床の研究では、離床時の看護を明らかにしているものはわずかであり、顎裂部骨移植術後の離床時の看護を明らかにしているものはなかった。

そこで本研究は、顎裂部骨移植術後の離床時において、看護師が患児と保護者をどのように捉え、判断し、どう関わったのかを明らかにすることを目的とした。

## 2. 研究方法

### 2.1 研究デザイン

本研究は、顎裂部骨移植術後の離床場面において、看護師が患児と保護者をどのように捉え、判断し、どう関わって離床援助を行ったのかを明らかにすることが目的である。今回対象とした患児は、多因子遺伝とされる口唇口蓋裂によって、4回目あるいは5回目の手術として顎裂部骨移植術を受ける子どもである。出生後から長期に渡る治療を受けていることや発達段階から考えても、自分の気持ちが上手く言語化できない可能性がある。保護者は、児の出生後あるいは出生前診断を受けた場合は胎児の時点から児の疾患を憂い、その後の治療に懸命に向き合ってきたと考えられる。多因子遺伝というフレーズは、母親や家族にとっては子どもに対する重い責任を抱きながらの養育を余儀なくされる背景が想像できる。このような子どもと母親・家族を看護する看護師は、小児病棟看護を長く経験した者もいるが小児病棟経験1年目の看護師もいる。このような様々な背景を持つ3者の関わり合いから生み出される顎裂部骨移植術後の離床場面を描き出すために、研究方法としてエスノグラフィーを選択した。エスノグラフィーは現場を内側から理解するための研究方法であり、エスノグラファーは、現場の一員となっはじめて内側からの理解を得ることができると言われている<sup>6)</sup>。したがって、長年にわたり口唇口蓋裂児とその保護者に関する研究活動に携わり、かつ実際の現場で看護経験のある者が観察者として現場に入ること、研究参加者である当事者としての内部の目で観察し、また一方では分析者としての外部の目で理解し、それを分析、記述することで、離床場面を解釈できると考えた。

### 2.2 研究参加者

研究参加者は、A病院の形成外科・美容外科において口唇口蓋裂をもち顎裂部骨移植術を受けた患児とその保護者、離床援助に関わった看護師の3者とした。

患児とその保護者の選定は、A病院形成外科・美容外科の医師から紹介を受けた。患児が手術を受

けるまでに研究者が患児とその保護者に研究の趣旨を文書と口頭で説明し、協力が得られた者とした。看護師の選定は、研究開始前に小児科病棟内の看護師全員を集め、研究の趣旨を文書と口頭で説明し、同意の得られた者とした。

### 2.3 研究期間

調査期間は2015年3月から2015年12月であった。

### 2.4 データ収集方法

#### 2.4.1 参加観察法

研究参加の同意が得られた研究参加者の離床場面を参加観察し、フィールドノートにメモを取り、許可を取った場合はICレコーダーに録音した。ノートのメモは、A4版ノートの見開き全面を使用して縦軸に時間を配し、横軸には看護師、患児、保護者との欄を設けて、時間軸に従ってそれぞれの言動や表情を記入した。この見開きページの左上にはベッドの絵を印刷したシールを貼り、離床時のベッドの角度を記入するようにした。観察は、長年にわたり口唇口蓋裂児とその保護者に関する研究活動に携わりかつ実際の現場で看護経験のある研究者2名が観察者のみの役割で看護師の看護援助の障害にならない場所に立って観察を行うよう配慮した。患児には入院日または手術前から自己紹介をして、早期にラポール形成に努めた上で観察を行った。

#### 2.4.2 面接法

- 1) 看護師には、参加観察実施後10日以内に離床中の子どもや保護者をどう捉え、判断したのかについて半構成的面接を行った。なお、面接時間については勤務外での希望の時間とした。
- 2) 患児には、歩行可能になってから退院までの間に手術後の気持ちや離床するときに困ったこと、看護師の援助で良かったことについて半構成的面接を行った。研究者から何を質問されるか分からない不安を防ぐために保護者の同席の希望を聞き、同席の場合は、面接中は保護者が発語しないことを基本とした。
- 3) 保護者には、患児が歩行可能になってから退院までの間に手術後の不安や子どもの離床場面をそばで見ているときの気持ち、離床時の看護師の関わり方に対する気持ちについて半構成的面接を行った。
- 4) 面接の場所は看護師、患児、保護者ともにプライバシーの確保できる個室で実施し、面接時間は30分から60分程度とした。
- 5) 面接の内容は、許可を得た後にICレコーダーに録音した。許可が得られない場合はノートのメモのみとした。

## 2.5 分析方法

実際の臨床場面でみられる顎裂部骨移植術後の離床時において、看護師が患児と保護者をどのように捉え、判断し、どう関わったのかを明らかにするためエスノグラフィーを用いた。データ収集と分析は同時に進めた。以下、分析方法の手順を示す。

- 1) 収集したデータは症例別に時系列に逐語録を作成した。
- 2) 縦軸に離床段階、横軸に患児、保護者、看護師を配し、参加観察と面接のデータの逐語録を合わせ、表を作成した。この表を繰り返し読み、全体的な印象を把握した。
- 3) 研究目的に沿って症例別に離床前（朝と離床直前）・離床中・離床後に重要と思われる部分に注目して、特徴的な場面や語りを逐語録から抽出し整理した。同時に整理しながら解釈や気づいたことを書き加えた。
- 4) 参加観察と面接のデータの逐語録を合わせた表を用いて、顎裂部骨移植術後の離床時における看護師の援助について、意味を考えながらテーマを見出した。
- 5) さらに何度もその表に立ち返り、研究目的を意識し、テーマごとの関連性や意味を明確にした。
- 6) 最後は考察全体の構成を考え、離床援助する上で必要な力や技について探った。
- 7) 分析結果の妥当性の確保を行うために以下のことを行った。

分析過程を記録し、共同研究者と一つの症例の調査毎にディスカッションを行った。離床における援助についての解釈が事象の意味を的確に反映しているかを研究参加者（看護師）に確認した。分析過程においては小児看護に携わる大学院修士課程を修了かつ顎裂部骨移植術後の看護の臨床経験5年以上備えた臨床看護師と質的研究のエキスパートである研究者を加え、妥当性の確保に努めた。

## 2.6 用語の定義

本研究で使用する用語は以下のように操作的に定義する。

「離床する」とは、患児が仰臥位から座位、座位

から端座位、端座位から立位、立位から歩行のように状態の変化があることをいう。ただし、仰臥位から座位への変化の中には、ベッドアップ角度が変化する場合も含む。

「離床援助」とは、看護師が離床することを目的に患児の部屋に訪室して離床を促し、患児が実際に離床して終えるまでの援助のことをいう。

## 3. 倫理的配慮

研究参加の同意を得るときには、看護師と保護者に対しては、書面と口頭にて本研究の意義や方法を説明し、同意説明書にて本人の研究参加の意思確認を行った。患児は人権擁護のために保護者同席のもとで、同意説明書を用いて分かりやすい言葉で説明し、同意書に患児本人の署名と保護者には代諾の署名を得た。その際、調査への協力は自由意思に基づき、調査のどの段階でも理由を追及されることなく同意撤回が可能であること、それによって治療上の不利益を受けないことを丁寧に説明した。また調査内容や分析内容の記録の際、個人名等の固有名詞のデータは、記号化して個人が特定されないように扱い、鍵のかかるところに保管すること、研究結果は、学会や誌上で発表することがあること等を説明内容に入れ、研究参加者の人権の尊重に努めた。また、本研究は、川崎医療福祉大学倫理委員会（承認番号14-050）とA病院の倫理委員会（承認番号2062）の承認を得て行った。

## 4. 結果

### 4.1 研究参加者の概要

本研究の研究参加者の概要を表1に示す。研究参加者は、離床援助に関わった看護師と患児、保護者を1組とする計4組であった。看護師の経験年数は、5年以上10年未満が3人、15年以上20年未満が1人であった。小児病棟経験年数は、1年未満が1人、1年以上5年未満が2人、10年以上15年未満が1人であった。患児の年齢範囲は6歳から8歳であり、男子3人、女子1人であった。保護者は、母親3人、父親1人であった。

表1 研究参加者の概要

症例	看護師		患児		保護者
	経験年数	(小児病棟)	学年/性別	術後日数	属性
1	5年以上10年未満	(1年以上5年未満)	小学生低学年/男	1日目	母親
2	5年以上10年未満	(1年以上5年未満)	小学生低学年/男	1日目	母親
3	5年以上10年未満	(1年未満)	小学生低学年/男	1日目	母親
4	15年以上20年未満	(10年以上15年未満)	小学生低学年/女	1日目	父親

#### 4.2 参加観察の場面

参加観察日は、全症例が手術後1日目であった。参加観察の開始にあたり、研究者2人が入院日または手術前に自己紹介を行い、これまでの治療経過や日常生活について患児や保護者と話し、打ち解けた状況で研究説明を行い関係構築を試みた。手術後1日目の朝に研究者2人が患児の部屋を訪室し、患児に手術を頑張ったことを労ったり、患児の表情から痛みの程度を観察したりした。保護者に対しては、手術を終えた我が子を思う親の気持ちに寄り添った声かけをし、手術終了後の患児の様子や状態を聞いたりしてコミュニケーションを図った。また、看護師が患児の部屋を訪室して朝のバイタルサイン測定をした後に、患児や保護者に離床する必要性を説明する場面や、離床前に鎮痛剤を使用する場面、離床援助を開始したが患児は動くことができず、時間をおいて再度離床に臨んだ場面といったように、離床に関わる一連の場面に参加し観察を行った。

#### 4.3 顎裂部骨移植術後の状況

顎裂部骨移植術は、顎裂部に腸骨部の骨組織（海面質）を採取して、裂部に移植する手術である。そのため創部は、顎裂部と腸骨部の2か所である。1か所は口腔内であることから、出血を防ぐために食事形態は流動食や三分粥食、五分粥食などといった軟らかいもののみという制限がある。また、腸骨から骨組織を採取しているため体動時に強い痛みを生じる。痛みに対しては経口内服薬《アセトアミノフェン（以下カロナール®とする）：10～15mg/kg》を6時間間隔で服用、坐薬《アセトアミノフェン（以下アルピニー®坐剤とする）》を頓用（6時間は最低でも空ける）で使用していた。歩行ができるまでは、尿道カテーテルが挿入されていた。手術後1日目から安静度の制限はない。参加観察時は、保護者見守りの中、離床する場面が多く見られた。患児にとって食事制限があること、食事によって口腔内に痛みが生じることや体動時に生じる腸骨部の痛みによって、身体的にも精神的にも負担がかかっていた。患児本人は勿論のこと、保護者にも心身の負担がかかっていることが予測された。例えば、痛みや制限のかかることで苦痛を伴う我が子をそばで見守ること、患児が痛みによって夜間入眠できないことで保護者自身も睡眠がとれないことや、食事制限のある我が子に遠慮して自身も食事を取らずに我慢したり、患児のそばから離れることさえも躊躇したりすることが挙げられる。また保護者の眼差しを受けながら離床を進めることは、看護師にも心理面の負担がかかることが予測された。看護師は、患児の心身の負担をできるだけ軽減することや保護者が納得い

くような方法を心掛けながら援助をしていた。

#### 4.4 離床時の看護師の援助

顎裂部骨移植術後の離床場面において、患児とその保護者に関わる看護師の援助を表す5つのテーマについて、具体的な場面を示して記述する。

文中の表記については、テーマは【太文字】、面接での研究参加者の発言は「斜体文字」、意味の補足は（斜体文字）で示した。患児は全症例、小学生低学年であったため文中の年齢の表記は省略した。

##### 4.4.1 【離床前に痛みの程度から離床可能を判断し、恐怖を取り除きながら離床継続に努める】

症例2の看護師（小児病棟経験1年以上5年未満）は訪室する約3時間前にアルピニー®坐剤を使用したことを知った上で訪室した。患児は訪室時、腹臥位になっていた。看護師は夜の睡眠状況聞き、母親は「よく眠れていた」と答えた。看護師は「今、どこか痛い？」と患児に聞いたが返事はなかった。「腰が痛い？」と聞くと首を振ったが、その後創部（右腸骨）を手で押さえていた。患児は、看護師の「ベッドを使って座る？自分で座る？」という問いに返事をしなかった。看護師は「じゃあ、座ろうか。ゆっくり自分で座ってごらん」と患児のがんばりを引き出すように言った。その後、母親が患児の背中を抱えて端座位の状態となった。

看護師は「熱は36度台で、夜は鎮痛剤を使って眠れたことが分かり、離床はできると思いました。なかなかこちらの問いかけに回答がなく動けなかったのは、もちろん痛みもあったとは思いますが、うつ伏せになれていたもので、痛かったら創部を下敷きにした状態で寝られないだろうと思って、だから、痛みよりも怖さの方が勝っていると思ったので動けると思いました。母も一緒になって協力してくれていたのもあって大丈夫かなと思っていました」と離床前に体温や睡眠状況から離床できることを判断し、離床を促す最中に、患児が創部を圧迫した腹臥位の状態であることを見て、痛みの程度を判断した。痛みが強くて動けないのではなく、怖くて動けないという患児の心理を判断して、母親の協力的な姿勢を捉えたことから、患児が自分で動けるよう促すことで離床を継続することができたことを語った。

患児は「座ったときに痛くはなかった」と離床時に痛みを生じなかったことを語った。

症例4の看護師（小児病棟経験10年以上15年未満）は、離床前のバイタルサインや痛みの程度、患児の意思から離床できると判断した上で訪室した。看護師は「お約束通り歩く練習をしましょう」とベッドアップ30度で過ごしていた患児に声をかけると、患

児は頷いた。同室していた父親も患児を促すように看護師の提案に同調して「はい」と表情よく答えた。

「まずはベッドを上げて座ってみよ。お父さんは近くに来てあげてくださいね」と言い、父親に患児のそばにいて欲しいことを伝えた。看護師は「ベッドをゆっくり上げていきましょう」と言って父親にベッドコントローラーの操作を説明しながら操作を任せた。看護師は患児に「限界がきたら教えてね。(ベッドはどんどんと上がっている) いける? (ベッドをこのまま上げていっても) 大丈夫?」と看護師は心配した表情で患児を覗き込むようにみて、早い口調で何度もベッドを上げてよいかの確認をしている。患児は看護師の問いに「うん」と表情を変えずに頷き、父親も表情を変えずに看護師の声を聞きながら、ベッドを上げる操作を継続し、90度までベッドアップすることができた。

看護師は「バイタルサインは正常値でした。食欲がなく、何口しか食べられていなかったですが、顔色もよく、痛みも少なそうでした。離床しようと言うと、(うんと言って) 本人のやる気がみえました。でも無理だったら途中で止めようという約束でした。離床中は本人の表情や小さな声で答えてくれる返事をよく聞きながら進めました。性格的に我慢しているな、離床を続けてもよいかと心配しながらでした。頑張れ! と力強く押すというよりも、無理をしないで欲しいという気持ちの方が強かったです。お父さんがそばにいて安心できるし、本人の性格的にお父さんがベッドコントローラーを操作したほうが痛みが強くなったときに『やめて』と言いやすいだろうと思ったのでそうしました」と離床前にバイタルサインや本人の表情、発言から痛みの程度を観て離床できることを判断し、離床中も本人の表情や発言を細やかに注意しながら痛みの程度を判断し援助していたことを語った。また、手術後初めての離床で不安や恐怖を抱える患児の心理的状況を推測し、父親にそばにいてもらうことが患児の安心に繋がることや、看護師がベッドコントローラーの操作を行いベッドを上げるよりも、父親に任せる方が本音を吐き出しやすく、それが患児に無理をさせずに離床することに繋がると考えたため、意図的にその援助を行ったことを語った。

患児は「(看護師) に動こうねと言われたときは、ここ(創部)が痛くなるのではないかと思っていた。でもベッドが上がったときは痛くなかった(笑顔)」と動く前は痛みが増強するのではないかと不安を抱いていたが、実際に動いた時には痛みが増強することはないことを笑顔で語った。患児は、手術後2日目以降も順調に離床できていた。

保護者は「うちの子の場合(離床をしようと) 押してくれたほうがよかったです。押されなければ消極的になるところがあるので(離床を) していなかったと思います」と患児の性格をよく理解している父親は、患児に離床することを促した看護師の援助に対して肯定的な感情を抱いていることを語った。

#### 4.4.2 【腸骨部への負担軽減のため看護師主体でベッドアップから一気に端座位まで進める】

症例4の看護師(小児病棟経験10年以上15年未満) は、まずベッドアップ90度にして「まだいける? 大丈夫?」と患児に続行可能かの確認をすると、患児は頷いた。その反応を見て看護師は、右足(創部は右腸骨)を優しく擦りながら、「こっちの足を動かすと痛いよね? 反対側の足を曲げてお尻を動かしながらすりすり足を持ってこれそう?」と患児の痛みに関与した言葉をかけ、次にとるべき具体的な行動を患児に提案した。看護師からの提案を受けながら、患児は身体を動かし始めた。そして看護師は「こっちの手で柵を持って」と伝えたが患児はなかなか動けず、看護師は患児の体を起こそうとするが患児は苦悶表情となった。しばらくすると患児が自らベッド柵を握り始めたのを見て、看護師は「もう少しベッドの方に体をもってきてほしいから、身体を持ってベッドの方に来るようにしてもいい?」と提案した。患児が無言であったため、看護師は患児の表情を見ながら、患児をさっと、抱きかかえて一気に端座位の姿勢にした。患児の表情は変わることなく、その後自分でゆっくりと両足を床につけた。

看護師は「健康の足は極力使ってもらおうと思ってちょっとずつ身体を動かしてもらいました。ですが、痛そうでなかなか身体を動かせなかったから、体重が軽いので私が身体をもって動かしたほうが良いと思いました」と語った。看護師は、患児のできることを奪ってしまうのではなく、まずは患児ができそうなことから促し、少しずつ離床を進めていこうとした。しかし、身体を起こそうとしたときの患児の苦悶表情を見て、これ以上患児自身の力で身体を動かすと、痛みが増強するという判断をし、自ら身体を動かして端座位をとるという離床方法から、ベッドアップした位置から看護師自身が患児の身体を抱きかかえ、一気に端座位にするという方法に離床を進めながら変更したことを語った。

患児は「看護師さんが身体をもってくれたときに、ここ(右腸骨)が痛いと思ったが、動きたいと思ってがんばった。する前はやりたくなかったけど、1回行けてみたら、次の時はできると思った」と看護師に身体を抱えられた時に痛みを生じながらも取り

組み、そのがんばりが次の離床への自信につながったことを語った。

保護者は「看護師さんにお任せでした。専門的知識を持った人の方が正しいと思うので、(どんどん離床を進めていたことに対しては)全然抵抗なかったです」と看護師に安心して任せ、見守っていたことを語った。

#### 4.4.3 【子どものがんばりを認め、自信に変えて離床を進める】

症例1の看護師(小児病棟経験1年以上5年未満)は、ベッドアップ90度にして座位になった時「ちょっと慣れてきたね、座るの。がんばるとるな。ほら、できるようになったよ。もう看護師さん支えてないよ」と優しく言うと患児は頷いた。看護師は「よし、じゃあね、次ねこっちに足を下ろすからね」というとお尻を動かし始めた。看護師は「上手だね、お尻動かすの」と笑顔で言い、その後患児は端座位をとることができた。

看護師は「がんばって離床をしていたので、それを褒めて次の行動に繋げるといことはしました。励ましたり大丈夫、大丈夫といたりすると子どもさんはがんばりますからね」と自分の力で離床をしている患児を捉えて、そのがんばりを認め、励ますことで、自信をもたせて次の行動に繋げるように援助したことを語った。

症例2の看護師(小児病棟経験1年以上5年未満)は、端座位から立位になるときに「車いすでトイレまで行っておしこの管を抜く？」と聞いたが、患児は反応がなかった。「これ(車いす)に乗って毎回トイレに行く自信はない？」と聞くと、患児は「ううん」と看護師の顔をじっと見つめて首をよこに振った。すると看護師はその表情や声を聞いて「いける？いけるか！よしっ！」と明るいう声で患児に投げかけた。「左足(創部は右腸骨)は床につけられるよね？」と声掛けすると、患児は床にゆっくりと左足をつけた。看護師は「よし！できるとるよ。次は右足をついて、左足を軸にして車いすの手すりを持ちながら乗っていこう」と立位をとれた患児に車いすへ移乗する説明を行った。

看護師は「(患児は)尿道カテーテルを抜きたいという気持ちがあり、抜いた後は自分でトイレに行かないといけなかったので、まずは立って車いすに移乗できたことを確認してから抜こうという説明はしていました。離床をし始めると本人の動きたい、(カテーテルを)抜きたいという気持ちが見えたので、できていることを伝えながら次の動きへと進めていきました」と患児の離床に対する前向きな気持ちを捉えて、できていることを本人に伝えて自信になる

ように離床を進めていったことを語った。患児は、その後車いすに移乗し、自室から離れているトイレにも行けるようになっていた。

#### 4.4.4 【我が子を気づかう保護者の思いを大切にしながら離床を進める】

症例2の看護師(小児病棟経験1年以上5年未満)が訪室した時はベッドアップ15度であった。看護師は、ベッドを使って座るか自分で座るかと思いが聞いたが、患児からは返事はなかった。その後、母親は「母ちゃんが起こそうか？」と言ったが反応はなかった。母親が「違う？自分ですか？」と聞くと頷いたが、なかなか動けず、母親の手を強く握りしめていた。手から伝わる患児の思いを汲み取るように母親が「大丈夫よ。座るだけ。怖くない、怖くない。お母さん起こすよ。よいしょ」と言い、背中を抱えて起き上がらせ、そのままベッドの端に寄せ、端座位の状態となった。患児は表情を変えることはなかった。

看護師は「母も同じ口唇口蓋裂で同じ手術をして、すごく痛かったときのことを何度も話されてきました。本人は痛いより動きたいという気持ちの方が強そうなので、そこをどのように動かしてあげようかとも考えていました。同じ手術を経験しているが故に(痛いこと)分かるよ、と伝える母なりの方法だとは思ったので、母は感情面でサポートしてもらって、私はどちらかというリードする役で客観的な援助ができればと思っていました。離床の時に母が抱っこし始めた時は、介護士さんだから、恐らく人を立たせたり動かしたりするのは慣れているから(大丈夫)、もし自分の子どもなので、途中で感情移入してしまってもできなくなれば、私がサポートできれば良いかなと思って見ていました」と述べた。母親自身が顎裂部骨移植術の経験者であることから、母親は患児の心理面のサポート役を、自分は感情移入するのではなく客観的に患児と母親を捉えた援助をする役と考えていた。実際に母親が患児を抱っこして離床させた時には、介護士なので身体を動かすことは大丈夫であると判断し、母親主体の離床を見守っていた。しかし、母親という立場からいざとなると子どもを擁護したくなる気持ちも理解しながら、自分自身が手を差し伸べる準備もしていたことを語った。

母親は「えっ？そうでしたっけ？私も必死だったからあんまり覚えていませんね…でもあの子すごかったですよね。こっちがびっくりさせられた」と目の前で苦しんでいる我が子を早く安楽にしてやることに無我夢中になっていて、患児を抱っこして座らせた自分自身の行動を思い出せないと語った。ま

た、患児が手術後1日目に離床できたことに驚きと嬉しきの感情が溢れていることを語った。

一方で、症例3の看護師（小児病棟経験1年未満）は、母親の気持ちを汲み取らなければならないという強い使命感に駆られ、自分のアセスメントを援助に反映できないまま離床を進めていた苦悩を語っていた。

看護師は「うんちをしたいという子どもの気持ちを母が代弁していたと思うのですが、母からも今どうしてもトイレに連れて行きたいという気持ちもすごく伝わってきて、それを否定してはいけないと思って、私は、（術後1日目）、うんちは絶対出ないと思っていて、無理に動かさなくてもよいのではないかと考えていました。正直、途中で困っていました。あの時に初めて会って、挨拶もできないままだったので、自分のアセスメントを言うことに遠慮しました。母との信頼関係があれば、自分の意見に賛同を得られたかもしれないけど（自信がなくて）…。それと、過去に同じ手術した子が同じ大部屋に集まっていた時に、あの看護師さんは離床が上手なのに、うちの看護師さんはちょっと足りなかった等と比べられた経験があって、なので、母の気持ちに沿わなければという気持ちが強かったです。実際、子どもは離床を終えてすごく疲れて寝ていたの、母の思いが強かったのではないかと思います」と語った。看護師は、母親との信頼関係のないまま、母親とは反対の意見である自分のアセスメントを伝える勇気が持てなかったことや、看護師の援助を比べられた過去の体験から、母親からの良い評価を得たい気持ちが自分を困惑させていたことを振り返っていた。

#### 4.4.5 【がんばって離床した後の子どもに鎮痛剤の使用を提案する】

症例1の看護師（小児病棟経験1年以上5年未満）は、患児が立位から歩行したところで痛みが増強したため、離床は中止した。患児に「ベッド戻る？」と聞くと患児は頷いた。「じゃあ、ベッド行こう。痛み止めの薬使おうな。ようがんばったからな。またお昼からがんばろう」と鎮痛剤を使用することを提案すると、患児は黙って頷いていた。

看護師は「離床する前に薬を提案したのですが、使わないと言ったので使ってなかったのですが、終わってからは痛そうだったのを見て、薬を使おうと思いました」と離床前に鎮痛剤を使用していなかった背景から、離床後に患児の痛みの増強を観察し、体動後に強い痛みを感じている患児の身体的苦痛をできるだけ早期に軽減することに努めたことを語った。

患児は鎮痛剤を使用後、しばらく安静にしていた。

午後から看護師に「歩く練習する？」と聞かれ、「うん」と自ら返答し、実際に積極的に離床に取り組み、初回の離床時よりも歩く距離を伸ばすこともできた。保護者は「初めて（の離床）のとき、本人は必死だったと思いますが、その時に自分でがんばって動けたことが自信になったみたいで、午後から（2回目の離床）も頑張っていました」と初回の離床のがんばりが本人の自信につながり、2回目の離床時にも自分の力で離床することに取り組みしていたことを語った。患児は離床により一度は痛みが増強したものの、鎮痛剤の使用でその後のがんばりが継続できていた。

症例2の看護師（小児病棟経験1年以上5年未満）は、座位になれた患児に立位になることを提案したが、患児は苦悶表情で「うー」と低くて小さい声を発し身体を動かすことはできなかった。看護師は「座るところまでがんばれたから一旦痛み止めの薬を使って、それが効いてから立とうか」と提案すると患児は大きく頷き安堵の顔を見せた。看護師は「がんばったね」と笑顔で患児の頭を撫でて褒めていた。その後患児は鎮痛剤を使用して午睡をした後に再び離床することに取り組み、立位をとることができた。

看護師は「患児が『うー』と言っていたのは、座るところまで頑張れたし、お腹すいたのと痛いのも関係しているだろうと思っていました。なので、一旦鎮痛剤を使用して痛みを和らげて休憩をしてもらう方がよいと考えて、鎮痛剤を使用することを提案しました」と患児の座位までできたことに対するがんばりを認めた上で、これ以上続けるよりも鎮痛剤を使用して、一旦心身ともに休息をとってから離床を進めていく方がよいと考えたことを語った。

#### 5. 考察

顎裂部骨移植術を受けた患児の離床時における看護師の援助について、5つのテーマが明らかとなった。顎裂部骨移植術後の離床場面は、腸骨部に強い痛みを伴いながらも、学童期という発達段階から自分の気持ちが上手く言語化できない患児と、口唇口蓋裂が多因子遺伝であることから我が子に対する重い責任を抱きながら養育している保護者との両者を援助する看護師の3者から織りなされていた。看護師は、小児病棟の経験が1年未満の者から10年以上15年未満の者といったように経験年数がそれぞれに異なることや、口唇口蓋裂は長期に渡って治療を受けることから、患児や保護者との関係性も長期に渡ることでのプレッシャーを背負っていることも明らかになった。

看護の専門性に必要とされているものは知識・態

度・技術の統合である。知識と態度は看護師に備えられている力、技術はその備えられた力から生み出された技であると考え、抽出された5つのテーマの看護援助は、顎裂部骨移植術後の痛みはどのような時に増強するのか、学童期の患児にどのような声かけが自信へと繋がるのか、我が子を見守る保護者はどのような思いを抱いているのかを、看護師が熟知していることを表している。その上で痛みと恐怖で入り乱れる患児の気持ちを汲み取りながら離床可能かどうかの判断をし、我が子を見守る保護者の気持ちにも配慮しながら、患児のがんばりを認める声かけや安楽な体位で離床をするという技が生み出された。

これらのことから結果に示す5つのテーマの関係性について 図1に示し、考察では、離床援助する上で看護師に備えられるべき力とその力から生み出される技について述べる。

#### 5.1 初めての離床時に痛みと恐怖が入り乱れる子どもの離床の可否を判断する力

看護師は、子どもは自分の痛みを適切に表現する能力が乏しいことや、初めての体験に対するの適応力がなく恐怖感を抱きやすいことを理解しながら離床可能かどうかを判断していた。

症例2の看護師は離床する約3時間前にアルピニー<sup>®</sup>坐剤を使用した情報を持ち、部屋を訪室した。アルピニー<sup>®</sup>坐剤200mgの血中濃度半減期は2.7時間<sup>7)</sup>であり、訪室したときには半減期に突入している時刻で

あったことから痛みを最大限に抑えられていなかったことが推察される。看護師は腹臥位になっている患児に痛みの有無を尋ねるのではなく、「どこが痛い？」と痛みの部位を尋ね、患児の「腸骨部が痛い」という訴えと体位との両方を統合して離床可能かどうかの判断をしていた。痛みが強ければ、創部を圧迫した体位をとれないことを推測し、痛みより動くことへの怖さの方が勝り動き出すことができないのだろうと判断し、「ゆっくり座ってごらん」と患児のがんばりを促すような声かけをしながら離床を進めていた。また別の看護師は、「創部側の足を動かすと痛くなるよね」と体動時に生じる痛みを確認しながら、患児の苦痛を理解しているというメッセージを離床前に患児に伝えて離床を促し、離床中には患児の言動や表情の変化に注意して離床を進めていた。離床後に鎮痛剤使用を提案した症例の看護師は、離床前にも予防的に鎮痛剤を使用することを勧めていた。これは、患児は体動時に痛みが増強するため、離床前に鎮痛剤を服用したほうが痛みをできるだけ少なくして離床できるという判断で援助していた。

これらは、創部の圧迫で生じる痛みや膝関節を屈伸するような体動時に生じる痛みに対する恐怖が離床を妨げる要因であると理解した上で離床の可否の判断をしたこと、さらにその要因を取り除く声かけや鎮痛剤の使用ができたことが離床継続に繋がったと考える。学童期の子どもは痛みの有無を聞かれると痛みがあることは訴えられるが、看護師から鎮痛

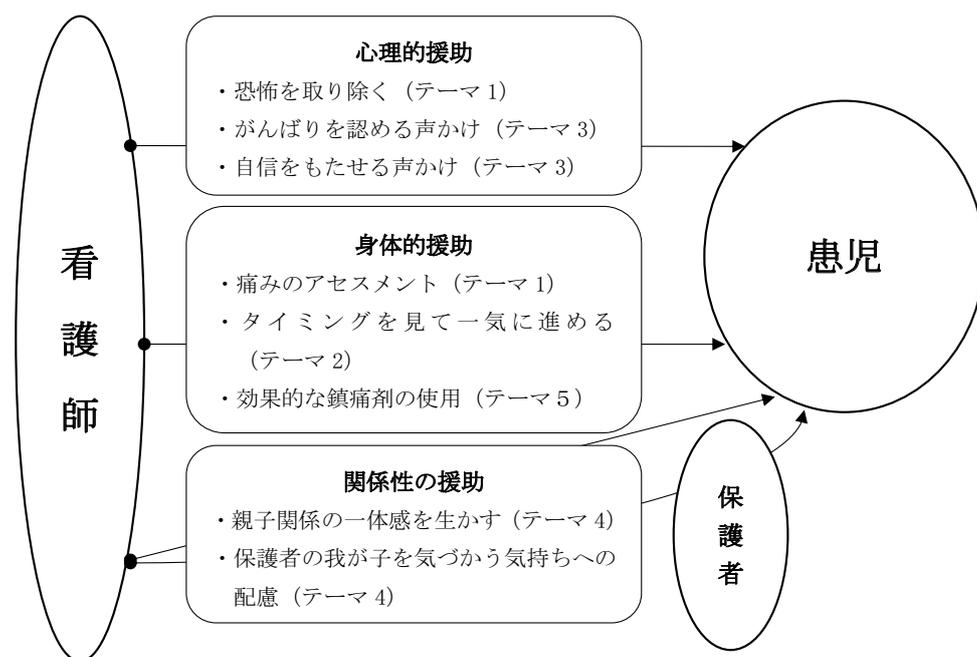


図1 顎裂部骨移植術後の離床時の看護援助

剤の使用を提案されるまでは痛みを我慢している<sup>8)</sup>ことから、患児が痛みを我慢せずに表出できるように看護師の問いかけは重要であると考え。また、患児にとって痛みや怖さを分かちてもらえているという看護師の受容的態度は、安心へと繋がり、恐怖よりも離床への意欲を高めることに繋がる重要な関わりであると考え。

## 5.2 痛みと恐怖を落ち着かせて子どもの主体性を引き出しながら離床を進める技

看護師は離床することが患児にとって最善の利益と考えながらも、無理に目標を達成させようとするのではなく、患児の主体性を尊重する姿勢をとりながら援助を行っていた。

看護師は、「がんばるとるな」と離床ができた患児のがんばりを認め、さらに「もう看護師さん支えてないよ」と自分自身で座れていると伝えていた。これは、看護師の援助がありながらも自分自身で身体を動かし、痛みや恐怖を必死に乗り越えた患児に対して、自信を与えることで主体性をもたせ、次もやってみようという意欲に繋げる援助であると考え。エリクソンによる学童期の発達課題は与えられた課題に熱心に取り組み、それを達成できたことに喜びを感じ勤勉性を取得する<sup>9)</sup>ことから、患児の自らの動きによってのみ達成できる離床という課題に主体性をもって取り組むように援助する必要がある。また別の看護師が、「お尻を動かしながらすりすり」と足を持ってこれそう？」「こっちの手で柵を持って」と患児がとるべき次の行動を、どう動いてよいか分からない患児に具体的に動き方を提示する且つ、命令ではなく提案として促していくことが、患児の「動きたいと思ってがんばった」という離床に対する強い意欲を引き出していたことが考えられる。その結果として、看護師が患児を抱えた時に強い拒否反応をみせることなく一気に端座位をとることに繋がったと考える。

これらの援助は、看護師が痛みや恐怖と戦いながらがんばって離床という目標を達成することに向かう患児を捉え、患児自身の主体性を尊重した援助であると考え。今西<sup>10)</sup>は、医療者の意識の志向が処置だけではなく、子どもの意思の尊重に向けられると、子どもへの声かけや対応が子どもの意思を尊重した関わりとなり、その関わりが子どもの心理的混乱行動を防いでいたと述べていた。このことから、患児の主体性を促す言葉かけや次に取るべき行動の具体的な動きを提案として患児にもちかけることは、痛みや恐怖という混乱を落ち着かせて、離床を進めることのできる看護上の重要な技であると考え。

## 5.3 保護者の思いの尊重と専門職としての役割発揮のバランスを調整する力

看護師は、患児はもちろんのこと苦しむ我が子を見守る保護者の気持ちに配慮し、援助の方向性に納得が得られているかを気かけながら援助していた。

症例2の看護師は離床前に、患児と同じ口唇口蓋裂で顎裂部骨移植術を受けた母親の思いを傾聴し、母親を理解することに努めていた。口唇口蓋裂は遺伝と環境要因の両方が影響する多因子遺伝である<sup>11)</sup>ことから、自責の念から我が子にできるだけ自分が体験した痛みを味わせたくないという母親の心理を看護師は汲み取っていた。看護師が離床前には、離床中の患児を擁護するのは母親、客観的に患児と母親を捉えて離床を進めるのは自分といったように互いの役割を考えていたこと、離床中には、母親が患児を抱っこして端座位にするのを止めるのではなく、意図的に母子の一体感を生かしたことが離床援助に繋がったと考える。母親が我が子を抱っこしたことを忘れていた語りから、同じ苦痛を与えたくない、私がこの子を守るという強い思いで無我夢中になっていたことが考えられた。看護師が我が子を守りたいという母親の気持ちを尊重したからこそ、母親は自分の役割を果たせた達成感を得、我が子のがんばりに対する喜びを一層得ることができたのではないかと考える。このように、離床前に家族の思いを知っておくことは、援助の手がかりや推論の鍵となるため重要であると考え。また、それを適切な援助へと導くためには、豊富な経験も重要であることが考えられる。廣井<sup>12)</sup>が熟練看護師は母親役割の満足度を高めるためのサポートができると述べていることから、小児看護経験は1年以上5年未満ではあったが、看護師経験5年以上の豊富な経験が知見となりこのような援助を導いたと考える。

一方で、患児にとっての初回離床時に挨拶もできないまま、離床援助を行わなければならなかった小児病棟1年目の看護師は、全身麻酔の影響で低下していた腸管機能が、術後1日目に徐々に回復することで便意を感じるが、食事や活動量の少なさから実際に排便のあることは少ないため、痛みを増強させてまでトイレに行く必要はないという専門職としてのアセスメントをしていた。しかし、過去の経験から初対面の母親を脅威に感じ、母親の今すぐトイレに行かせたいという気持ちを尊重したため、母親の意向に反する自分のアセスメントを伝えられないまま援助していた。これは、口唇口蓋裂児は出生後から長期に渡る治療を行い、母親は子どもに対する重い責任を背負いながら、長期間治療に懸命に向き合ってきていることを知る看護師は、目の前の母親

の気持ちを否定してはいけないという意識に囚われ、離床を無理に進めないという専門職の見地からの援助を実行できなかったことが考えられる。さらに、患児と家族とは、その日の離床援助だけではなく、今後も継続した関わりが必要であるため、ここで母親との関係性を崩してはいけないという強い意識から余計に困惑していたことも考えられる。

植田ら<sup>13)</sup>は、手術を受けた患児の保護者との関わりで困難感を感じていることは、「監視されているようなプレッシャー」であると述べられていることから、保護者からの眼差しは看護師にとって時に自己の判断を揺るがせる。

これらのことから、看護師は、手術前に手術に対する思いや手術後のことで不安や気がかりなことがないかなどといった患児や家族の気持ちを十分に聴く時間を設けることや、保護者の気持ちの尊重と専門職としての役割発揮のバランスを調整し援助する力を、経験を積み重ねながら培うことが重要であると考える。

## 6. 結論

本研究の調査結果から、看護師は痛みをアセスメントし、子どもの力を引き出し、保護者の気持ちに配慮して、離床するという最善の利益を子どもに提供できるよう努めていることが明らかとなった。これには、顎裂部骨移植術後の子どもの苦痛を理解した上で、痛みと恐怖を見極め、離床の可否を判断する力、痛みと恐怖を落ち着かせて子どもの主体性を引き出しながら離床を進める技、保護者の思いの尊重と専門職としての役割発揮のバランスを調整する力を持ち備えておく必要があることが示唆された。

## 7. 研究の限界と今後の課題

本研究は、1医療施設で手術を受けた患児、保護者、援助に関わった看護師の4組のみの症例であることから、今後は参加観察や面接を重ね、症例数を増やしさらなる看護援助を検討していくことが課題といえる。

## 謝 辞

本研究を行うにあたりご協力いただきましたお子さまと保護者の方、看護師の方々に深く感謝いたします。

## 文 献

- 1) 森口隆彦編者：口唇裂口蓋裂の総合治療—成長に応じた諸問題の解決—。改訂第2版，克誠堂，東京，2003。
- 2) 阿部厚，清水幹雄，前多雅仁，木下篤敬，吉田憲司，栗田賢一：二次顎裂部骨移植後の離床と歩行の回復に関する検討。日本口腔外科学会雑誌，51(5)，240-243，2005。
- 3) 森田孝子監修：周手術期看護。初版，学研，東京，2003。
- 4) 柴裕子，松田好美：開腹術後患者における早期離床を促進する看護師の判断のプロセス。日本看護研究学会雑誌，37(4)，11-22，2014。
- 5) 松森直美，二宮啓子，蝦名美智子，片田範子，勝田仁美，小迫幸恵，笹木忍，松林知美，中野綾美，筒井真優美，飯村直子，江本リナ，鈴木敦子，檜木野裕美，高橋清子，来生奈巳子，福地麻貴子：「検査・処置を受ける子どもへの説明と納得」に関するケアモデルの実践と評価（その2）—子どもの力を引き出す関わりと具体的な看護の技術について—。日本看護科学会誌，24(4)，22-35，2004。
- 6) 小田博志：エスノグラフィー入門—〈現場〉を質的に研究する—。初版，春秋社，東京，2010。
- 7) 水島裕，宮本昭正：今日の治療薬—解説と便覧—。2013年版（35版），南江堂，東京，2013。
- 8) 中林雅子：口蓋扁桃摘出術およびアデノイド切除術後の疼痛に伴う学童の体験。日本看護科学会誌，25(2)，85-93，2005。
- 9) E.H. エリクソン，村瀬孝雄，近藤邦夫訳：ライフサイクル，その完結。初版，みすず書房，東京，1989。
- 10) 今西誠子：子どもと医療者の関係性からみた心理的混乱行動とその緩和に関する研究。日本看護研究学会雑誌，31(4)，27-39，2008。
- 11) 小林眞司編：胎児診断から始まる口唇口蓋裂—集学的治療のアプローチ—。初版，メジカルビュー社，東京，2010。
- 12) 廣井寿美，古屋敦子，森早苗，高木由美子，阿久澤智恵子，相澤康子，矢嶋美恵子，飯塚もと子：付き添う母親の疲労に対する熟練看護師の介入の視点。日本小児看護学会誌，20(1)，62-69，2011。
- 13) 植田優子，山本千恵，森貞敦子，有園久仁子：子ども・保護者への周術期ケアに対する医療者の認識調査（第1報）—外科系医師・小児周術期ケアを担当する看護師の認識を比較して—。日本看護学会論文集，急性期看護，45，290-293，2015。

（令和2年7月22日受理）

## Nursing Assistance Provided When Initiating Out-of-bed Mobilization of Pediatric Patients Who Undergone Alveolar Bone Grafting: Ethnography of Getting Up Scene in Pediatric Ward

Kiyoka INOUE and Mihoko NAKANII

(Accepted Jul. 22, 2020)

Key words : alveolar bone grafting, initiating out-of-bed mobilization, children, nursing assistance

### Abstract

With the aim of investigating nursing assistance provided when initiating out-of-bed mobilization of pediatric patients who undergone alveolar bone grafting, participant observation and a semi-structured interview were conducted in 4 groups consisting of 3 subjects (pediatric patient, parent, and nurse) in each group, and the obtained data were analyzed using ethnography. As the results, the following 5 themes were identified as nursing assistance: (1) Before the patient gets out of bed, judge whether the patient can be mobilized out of bed based on the degree of pain, and keep encouraging mobilization of the patient by reducing their anxiety, (2) To reduce the burden on the iliac region, elevate the patient's torso and move the patient into a sitting position on the edge of the bed, (3) Promote mobilization of the patient by helping him/her be proud of what he/she has accomplished, (4) Promote mobilization of the patient while considering the feelings of parents who care for their children, and (5) Propose the use of analgesics in children for their mobilization out of bed. The results indicated that the nurses regarded mobilization as the best benefit of the children, based on which they evaluated the pain, brought out the strength of children, and provided support to parents while paying attention to their feelings.

Correspondence to : Kiyoka INOUE

Department of Nursing

Faculty of Nursing

Kawasaki University of Medical Welfare

Kurashiki, 701-0193, Japan

E-mail : [k.inoue@mw.kawasaki-m.ac.jp](mailto:k.inoue@mw.kawasaki-m.ac.jp)

(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.30, No.1, 2020 117 – 127)