

看護実践場面におけるタッチに関する検討 —タッチの意味, 質的要因, 補足行動から—

広島国際大学大学院総合人間科学研究科
佐藤都也子

The Examination of Touch in the Nursing Practice —From the Purposes of Touch, Qualitative Symbols of Touch and Supplemental Behaviors—

Tsuyako Sato
Graduate School of Integrated Human Sciences Studies, Hiroshima International University

本研究の目的は、看護実践場面で実施されるタッチに影響する要素を、「患者の属性」「タッチの意味」「質的要因」「補足的行動」の4点について検討し、さらにそれぞれの関連についても検討することである。そこで看護実践場面から看護師がタッチを実施したときの状況および看護師の言動を観察し、得られたタッチ実施177場面の207プロセスについて、プロセスごとにタッチに影響する要素を抽出し検討した。

その結果、看護におけるタッチの効果に影響する質的要因と補足的行動、および患者の属性における各項目の出現頻度に有意差がみられた (χ^2 検定; 正確確率法)。また“病期とタッチの意味”“タッチの意味と部位”“タッチの意味と種類”“部位と種類”“部位と姿勢”“強度と種類”の連関性において有意差がみられた (χ^2 検定; Fisherの直接確率法)。しかしタッチの質的要因や補足的行動は、そこに含まれる複数の項目が複雑に相互に影響し合っており、この複雑な項目の連関性を分析する方法の検討が今後の課題であることが示唆された。

Key words: 看護場面, タッチ, タッチの意味, 質的要因, 補足行動

1. 問題と目的

1) 看護におけるタッチ Touch の概念と分類

ナースの手が患者のひたいにそっとあてられている場面や、ナースと患者の手と手がふれあう場面が、看護を象徴した場面としてしばしば表現される。このように看護においてタッチは、非言語的コミュニケーションのチャンネルのひとつであると同時に、看護の最も広く深い意味を言い表す「思いやり・いたわり」(Meed, 1956) を象徴する行為でもある。看護の歴史がはじまって以来、ナースは自らの手にこだわりを

もち続けてきたと言っても過言ではないだろう。しかし実際の看護場面では「注射をする」といった明確な目的で患者にふれる場合を除いて、思いやりやいたわりの気持ちでタッチについては「思わず」「自然に…」とあいまいな表現で経験的に語られてきた。

看護においてタッチについて最初に概念化した Barnett (1972) は、コミュニケーションの視点からの文献検討により、タッチの概念を5つのカテゴリーに分類した。それは、①コミュニケーションのメカニズム、②伝達手段としてのタッチ、③コミュニケーション確立の基礎としてのタッチ、④情動伝達手段と

してのタッチ、⑤観念伝達手段としてのタッチである。そして、人には「感情、思考、言葉を他者と交換する欲求」「他者に理解され、勇気づけられ、なぐさめられたい欲求」「単に他者の人間性に興味をもつ欲求」などがあり、その伝達手段の最も基本的なものが、タッチであると述べている。

その後タッチは、その効果や意味に基づいて分類され定義づけられてきた。これらの分類や定義づけは、ナースの認知に基づいており、患者の認知に基づくタッチの概念を検討した研究は見当たらない。Estabrooks (1989) は、患者の心を満たすことを目的とする“Caring Touch”、患者やナースの身体を保護することを目的とする“Protective Touch”、ナースがアセスメントや援助を行う目的で用いる“Instrumental Touch”の3つのタイプに分類している。Snyder (1990) は、Estabrooksの“Caring Touch”と同義のタッチを“Purposeful Touch”としている。しかし土蔵 (1993) は、Estabrooksの“Protective Touch”“Instrumental Touch”をひとつにまとめ“Caring Touch”とし、患者の苦痛を和らげたり、励ましの意味を伝えたりするコミュニケーションとしてのタッチを“Purposeful Touch”、そしてエネルギーの伝達を目的とする“Therapeutic Touch (Krieger, D., 1975)”の3つのタイプに分類している。またBottoroff (1993, 1994) は、タッチを「Com-forting Touch」「Connecting Touch」「Working Touch」「Orienting Touch」「Social Touch」の5つのタイプに分類している。「Comforting Touch」は患者に苦痛や苦悩がみられるときに感情の安楽を促がすために用いられるタッチ、「Connecting Touch」は患者との関係を確立あるいは維持するためのタッチ、「Working Touch」は患者の日常生活援助を行うときに必要とされるタッチ、「Orienting Touch」は言葉を伴い、患者の身体の部位を特定するためのタッチ、「Social Touch」はお互いにジョークを言い合ったりするときに行う軽いタッチである。

このようにタッチの意味による分類や定義には諸説があり、表現の統一もなされていない。これは、タッチの効果に影響を及ぼす複数の質的な要因の組み合わせによって、タッチの意味づけがなされる複雑さのた

めであると考えられる。

2) 看護におけるタッチの効果に影響する要素

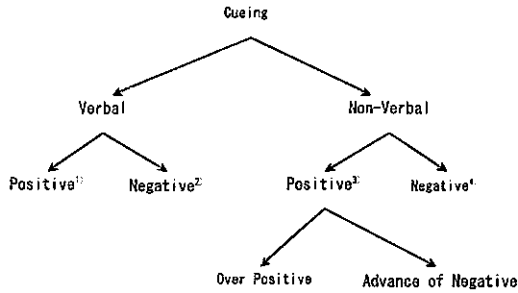
ナースが患者に実施するタッチの効果に影響する要素には、“タッチの意味”“タッチの質的な要因”“過去のタッチ経験”“患者の病状”などがあり、タッチの質的な要因には、①持続時間、②部位、③動作(タッチをしようとして接近するときの状況)、④強度(圧迫の程度)、⑤頻度(毎日の生活のなかで体験するタッチの全体量)、⑥感覚(刺激の感じ方)の6つが報告されている(Weiss, 1979)。またHeslin & Apler (1995) は、タッチの意味に影響する9つの要因を明らかにしている。それは、①相手の身体の中の部位にタッチするか、②自分の身体の中の部位にタッチされるか、③タッチの持続時間、④タッチの強さ、⑤タッチ後に動きがあるか、⑥タッチ時に第三者がいるか、⑦いるとすればそれは誰か、⑧タッチが起こる状況、⑨タッチに関与する人の関係である。そして、これら9つの要因の組み合わせによって、タッチには好意、勢力、性などの意味づけがなされると述べている。

またICU(集中治療室)における看護実践場面で行われたタッチの分析では、タッチの質的な要因としてWeissの要因のうち「⑤頻度」以外の5つの要因が抽出されている。加えてタッチをするときの補足的行動として患者の身体や顔に向けられる「視線 Visual regard」, 「言葉かけの有無 Vocalization」があること、タッチのタイプには「たたく Patting」「なでる・さする Stroking」「ごく短い間手をあてる Momentary stationary」「持続的に手をあてる Sustained stationary」の4つがあることが報告されている(Schoenhofer, 1989)。しかしそれぞれの要因、補足的行動、タッチのタイプの関連については言及されていない。

3) タッチのプロセス

タッチのプロセスを明らかにしたのはEstabrooks (1992) である。彼女は、ICUで働く看護師を対象にして、インタビューと実際の看護場面の観察からタッチのプロセスにおける中心となる変数として、「Cueing」を提示した。「Cueing」は、タッチの必要性の認識と適した方法の選択、そして患者の反応から

佐藤：看護実践場面におけるタッチに関する検討



- 注：1) 言語－肯定 Cueing：「抱きしめて」「ありがとう」「気持ちいい」など
 2) 言語－否定 Cueing：「さわらないで」「さわって教しくない」など
 3) 非言語－肯定 Cueing：「笑顔」「アイコンタクト」など
 4) 非言語－否定 Cueing：「手を払う」「からだを強ばらせる」「視線をそらす」など

図1 Cueing (Estabrooks, 1992)

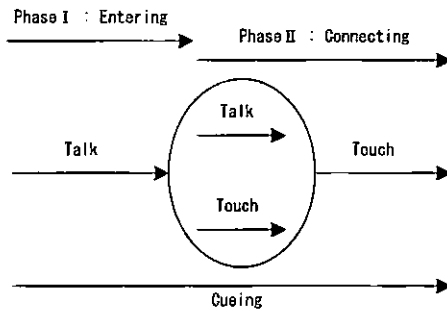


図2 タッチのプロセス (Estabrooks, 1992)

タッチの効果を判断するためのものである。図1に示したように、「Cueing」には、言語 (Verbal) と非言語 (Non-Verbal) があり、それぞれが肯定 (Positive) と否定 (Negative) に分かれる。そして図2に示したようにタッチのプロセスは、患者の個人空間に入ることの理解を得る「Entering」の段階と、患者の個人空間に入り、タッチの実施に至る「Connecting」の段階からなる。

Estabrooks が明らかにしたタッチのプロセスは、タッチ実施に至るまでであるが、佐藤 (2002) はさらにタッチ実施から終結の判断までのプロセスを明らかにした。これは実施されるタッチの意味が明らかにされているタッチで、ナースが手により患者の身体に直接ふれることを指し、清拭などの行為や観察を目的

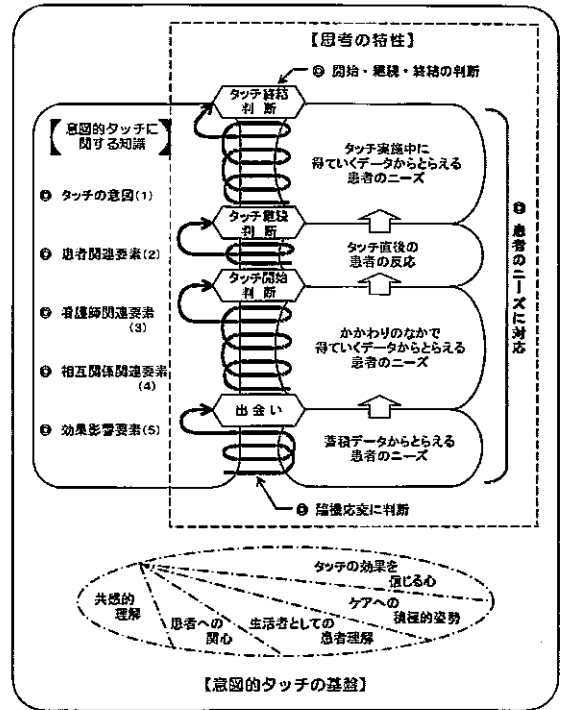


図3 「意図的タッチの実施にかかわるエキスパートナースのアセスメント」の構造図 (佐藤, 2002)

とした患者の身体への接触とは区別した「意図的タッチ Touch」の実施にかかわるプロセスである。図3に示したように、意図的タッチ実施のプロセスは、(1)共感的理解、(2)患者への興味、(3)生活者としての患者理解、(4)ケアへの積極的姿勢、そして(5)タッチの効果を信じる心の5サブカテゴリーを含む第1カテゴリー「意図的タッチの基盤」の影響を受ける。そして意図的タッチ実施プロセスにおいてより適切な判断をするためのアセスメントの核となるものが、第2カテゴリー「意図的タッチに関するエキスパートナースの知識」である。ここには (1)タッチの意図、(2)患者に関連する要素、(3)看護師に関連する要素、(4)相互関係に関連する要素、(5)効果に影響する要素の4つのサブカテゴリー、さらにそれぞれのサブカテゴリーに含まれる複数の要素が含まれる。そして意図的タッチの実施にかかわるアセスメントにおいて、エキスパートナースが「意図的タッチに

関する知識」に基づいてどのように思考しているのか、その特性を示す第3カテゴリ「エキスパートナースの思考の特性」には、(1)患者のニーズに対応、(2)臨機応変に判断、(3)開始・継続・終結の判断の3つのサブカテゴリが含まれる。この意図的タッチの実施にかかわるアセスメントにおいて、患者の「個人空間の認識」は、重要なアセスメント要素のひとつである。ナースは、患者の表情や返答時の声のトーン、視線、あるいはタッチした手から感じる患者の筋緊張などを患者からの合図としてとらえ、患者の「個人空間の認識」を判断しており、この合図は、Estabrooksが「Touching Process」において中心概念とした「Cueing」と同じであると言える。

看護におけるタッチに関する研究は、タッチが人間関係の相互作用を内包することや、タッチの目的が患者の情動への働きかけであるためその効果を判断することが困難であることなどの理由が絡み合い研究が進展しにくいという特徴があり、研究数は限られている。特にわが国においてはこのことが顕著である。そして先行研究の多くはICU（集中治療室）やCCU（冠疾患集中治療室）などの急性救急期患者の収容ユニットでの調査である。ICUやCCUに収容されている患者は、心身の多大な苦痛を受けておりさらに意識レベルの低下やコミュニケーション障害などを有している。このような患者へのタッチが有効であることが明らかにされている（Glic, 1986；Schoenhofer, 1989；Weiss, 1990；Adomat & Killingworth, 1994）。

またアメリカと日本のそれぞれの大学生を対象としたタッチの構造的分析からは、全体傾向では大差はみられないが、日本人はタッチを受けている部位は限定されていて頻度においても少なかったことが報告されている（Jourard, 1966；鈴木・春木, 1989）。このようにタッチ行動は文化の違いによっても異なり、文化による相違を考慮して西洋諸外国における研究を参考にしつつも、日本における独自の研究が求められていると考える。またタッチ実施の意味が明らかにされていないタッチは、看護実践場面においてはNon-necessary Touch（Pikko Routasalo, 1996）とされている。

以上のことをふまえ本研究は、さまざまな病期の患者に対する看護実践場面で実施されたタッチについて、タッチの意味を分類し、看護におけるタッチの効果に影響する質的要因と補足的行動、および患者の属性について検討し、さらにそれぞれの関連についても検討することを目的とする。

II. 方法

調査参加者：公立大規模病院・13成人病棟の看護部長に、日ごろからタッチを実施し、タッチ実施に必要な判断能力を有し、その判断に関して他者に語るができる看護師の推薦を依頼した。推薦を受けた13病棟13名の看護師のうち、看護実践場面で実施したタッチの観察およびそのタッチのアセスメントについて語ることに承諾を得た9病棟9名（女性9名）の看護師を調査参加者とした。平均年齢は36.78歳（SD=4.44）、平均経験年数は16.00年（SD=4.64）であった。

調査の手続き：看護実践場面の観察は、X年7月4日からX年10月17日までの各看護師が日勤勤務をする3日間に必要に応じて筆者がケアに参加しながら行なった。患者には看護師より説明を行ってもらい承諾を得た。また看護師により、参加観察をひかえた方が良いと判断された場面は席をはずした。

観察したタッチ実施場面について、①タッチ実施に至った状況、タッチの②部位③種類④強さ、タッチ実施時の看護師の⑤視線と⑥言葉かけに関して、患者のベッドサイトから離れて記録した。観察記録内容について看護師に確認を求め、そのときに行なった判断を内観報告として求めた。また看護師がタッチを実施した患者の属性について、看護記録から年齢・性別・病期・activities of daily living；ADL（以下ADLと略す）のデータを得た。

分析対象：看護師が手により患者の身体にふれることをタッチとし、衣服や寝具などの上からのものも含んだ。そして『意図的タッチの実施にかかわる、エキスパートナースによるアセスメントの構造』に基づき、タッチの実施から終結までをひとつのプロセスとして抽出された207プロセスを分析対象とした。プロセ

佐藤：看護実践場面におけるタッチに関する検討

スは、まず看護場面において文脈からタッチ実施場面を177抽出し、その場面から抽出した。プロセスの抽出においては、看護師にタッチの「開始」「継続」「終結」の判断を確認した。

実施されたタッチのうち、例えば採血のための血管確保を目的に患者の上腕にタッチした場合などの「Working Touch」(Bottoroff, 1993, 1994)は、分析対象から除いた。「Working Touch」は看護技術の実施を目的としており、他の苦痛の緩和や安心感を与えるタッチとは質的に異なると判断したためである。
分析方法：上述した看護場面における実施されたタッチについての直接観察記録をもとに、タッチの意味、看護におけるタッチの効果に影響する質的要因と補足的行動、および患者の属性について『意図的タッチ実施にかかわる、エキスパートナースのアセスメントの構造(佐藤, 2002)』の構成要素を参考に以下のように分類し、各項目に関して出現頻度について χ^2 検定(正確確率法)を行った。さらに「病期とタッチの意味」「タッチの意味と種類」「部位と種類」「部位と姿勢」「強度と種類」それぞれの項目間の関連についてクロス集計により出現頻度を算出し、 χ^2 検定(Fisherの直接確率法)を行った。

なお、一連の検討過程においてタッチを実施した看護師の確認を求め、さらに看護の臨床経験がありタッチの研究を行っている山崎に意見を求めた。

1) 患者の属性

①年齢、②性別、③病期および④ADLレベルについて分類した。③病期は、急性回復期・慢性期・ターミナル期を指標とした。ADLレベルは、患者の看護を実践している看護チームによる看護診断を参考に、機能的自立度評価法(functional independence measure; FIM)の評価尺度に基づき①自立、②部分介助および③完全介助の3段階で筆者が評価し、看護師に確認した。

2) タッチの意味

看護師がどのような意味のタッチを行ったのか、その意味する内容の最優先されるものについて分類した。①関係の構築、②相互理解、③励まし・支える、寄り添い、④不安を緩和し安心感を与える、緊張の緩和、⑤苦痛の緩和し快適さを与える、⑥注意喚起を指標とした(表1)。

タッチの意味は、看護師が実施するタッチにどのような意味づけをしたかであるので、分類においては実施した看護師に確認した。

3) 質的要因

Weiss, S. (1979)のタッチの質的要因5要因およびHeslin & AplerのタッチTouchの意味に影響する9要因より、参加観察および看護師からの情報により把握することのできた(1)タッチを受ける患者の姿勢、(2)タッチの部位、(3)タッチの種類、(4)タッチ

表1 タッチの意味(佐藤, 2002 一部改変)

項 目	内 容
1. 関係の構築	患者との信頼関係や親密関係を築き、深めることを意図とすることである。
2. 相互理解	患者の考えや気持ちを理解していることを伝えること、あるいは看護師の伝えたいことを患者に的確に理解してもらうことを意図とすることである。
3. 励まし・支える、寄り添い	患者に「そばにいること」を伝え、励まし、精神的に支えることを意図とすることであり、傾聴する姿勢も含む。
4. 不安を緩和し、安心感を与える	患者の感じている不安を緩和し、安心感を与えること、あるいは不安が生じることが予測される場合に、不安をできるだけ小さくすることを意図とすることである。
5. 苦痛を緩和し快適さを与える	痛みや倦怠感などの、患者の感じている身体的な苦痛を緩和すること、さらにその身体的苦痛により生じてくる「辛い」気持ちを緩和することを意図とすることである。 そしてたとえ一時的であっても、患者が不安や苦痛などを忘れ、快適な気分になれることを意図とすることである。
6. 注意喚起	意識レベルの低下した患者や聴覚障害患者、また注意が他に向いている患者に対して、看護師が自らに患者の注意を向けってもらうことを意図とすることである。

III. 結果

の強さについて検討した。(1)タッチを受ける患者の姿勢は、①臥位、②坐位、③立位に分類した。(2)タッチの部位は、まず患部と患部以外に分類し、患部以外の部位を①手、②肩から上肢、③腰背部、④胸腹部、⑤下肢、⑥頭部・顔に分類した。(3)タッチの種類は、①たたく、②なでる、③ごく短い間手をあてる、④持続的に手をあてる、⑤握る、⑥もむに分類した。(4)タッチの強さは、①弱く・軽く、②強くに分類した。

質的要因のうち「タッチの持続時間 (Weiss, 1979; Heslin & Apler)」は、看護師がその患者に必要であると判断したタッチの意味が、患者に適切に受け入れられるのに必要十分な時間であるかどうかの評価指標となる。しかし今回の調査では、実施されたタッチについて患者からの情報を得ていないので適切な評価ができなため除いた。同様の理由で刺激の感じ方 (Weiss, 1979) も除いた。またタッチが起こる状況 (Weiss, 1979; Heslin & Apler) およびタッチに関与する人の関係 (Heslin & Apler) は、極めて個別的であるため除いた。タッチの頻度 (Weiss, 1979) は、限られた時間での参加観察であり検討できないため除いた。タッチ後の動き (Heslin & Apler) は、看護師のタッチに対する患者の反応を患者本人に確認しておらずあくまでも推測の域を出ないので除いた。

またタッチ実施時の第三者の存在について (Heslin & Apler) は、看護ケアの1つとしてタッチを位置づけて状況や環境の変化にも対応するようにしており、第三者 (患者家族や知り合い、他の医療スタッフ) の存在はタッチ実施に影響を及ぼさないと、すべての看護師が述べたことより除いた。

4) 補足的行動

Schoenhofer (1989) が明らかにした①視線と②言葉かけについてである。視線は、患者と視線を合わしているまたは合わそうとしているか・そうでないか、言葉かけは言葉かけがあるか・ないかを指標とした。

1) 患者の属性

参加観察を実施した期間内に看護師が受持った患者は述べ178名で、そのうち延べ103名の患者にタッチが実施された。患者ごとの平均プロセス数は2プロセス (SD=1.61) であった。

また103名の患者の性別を表2に、年齢構成を表3に示した。患者の性別・年齢に関する看護師の内観報告によると、「相手が性差を意識していると自分もそれを意識するが、そうでなければ男女の違いはタッチの実施に影響しない」、年齢については「個々の患者の発達段階を考慮してタッチの実施を判断する」といった報告がなされた。

病期 ($\chi^2(3)=65.135, p<.001$) は、急性回復期、ターミナル期の順で多く (図4)、ADL ($\chi^2(2)=33.135, p<.001$) は部分介助、全介助の順で多かった (図5)。

2) タッチの意味

タッチの意味 ($\chi^2(5)=65.087, p<.001$) で最も多かったのは「励まし・支える、寄り添い」で、続いて「注意喚起」、逆に少なかったのは「関係構築」であった (図6)。

看護師の内観報告によると、「タッチの意味はタッ

表2 タッチ実施患者の性別

区分	人数	(%)
男性	50	(48.54)
女性	53	(51.46)

(n=103名)

表3 タッチ実施患者の年齢構成

区分	人数	(%)
10歳代	0	(0)
20歳代	1	(0.97)
30歳代	1	(0.97)
40歳代	11	(10.68)
50歳代	12	(11.65)
60歳代	32	(31.07)
70歳代	27	(26.21)
80歳以上	19	(18.45)

(n=103名)

佐藤：看護実践場面におけるタッチに関する検討

チ実施前に強く意識しているのではない」「患者の状態・状況から例えば励ましや支えを必要としているなどの判断をまず行い、この励ましや支えをどのような

方法で看護ケアとして提供するかを考える」「判断は臨機応変に行われているので、実施したタッチを振り返り、その際にどのようなアセスメントをしていたかでタッチの意味を明らかにすることができる」といった報告がなされた。

3) 質的要因

(1) タッチを受ける患者の姿勢 ($\chi^2(2)=95.965, p<.001$) で最も多かったのは「臥位」であった(図7)。看護師の姿勢は坐位または立位であり、タッチの実施者と受けての姿勢は、坐位または立位と臥位という関係が最も多かったと言える。

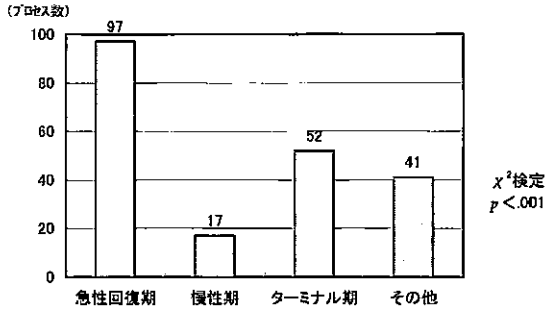


図4 患者の病期分類

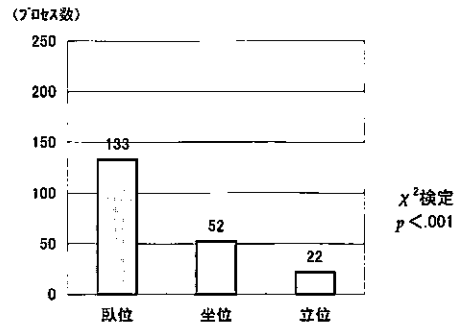


図7 タッチ実施時の患者の姿勢

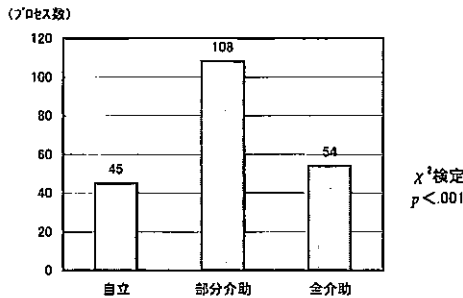


図5 患者のADL

(2) タッチの部位について、看護師の内観報告によると「経験に基づき、肩から上肢および腰背部のタッチは、ほとんどの患者が違和感をもたず嫌がらないだろうと考えている」という報告がなされた。看護師により実施されるタッチの部位 ($\chi^2(6)=221.082, p<.001$) は、患部以外では肩から上肢が最も多かったが、看護師の内観報告に反して腰背部のタッチは少なかった(図8)。

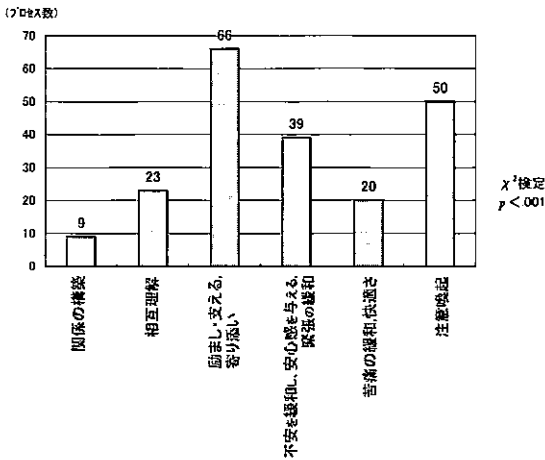


図6 タッチの意味

(3) タッチの種類 ($\chi^2(5)=91.754, p<.001$) は、「たたく」「持続的に手をあてる」「なでる・さする」の順で多かった(図9)。また(4) タッチの強さ ($\chi^2(1)=6.614, p<.001$) は、「弱く・軽い」タッチが多かった(図10)。

4) 補足行動

すべての場面において看護師は、患者と視線を合わせるか合わせようとしていた。相互理解の意味でのタッチで、例えば患者が痛みを訴える部分を確認する

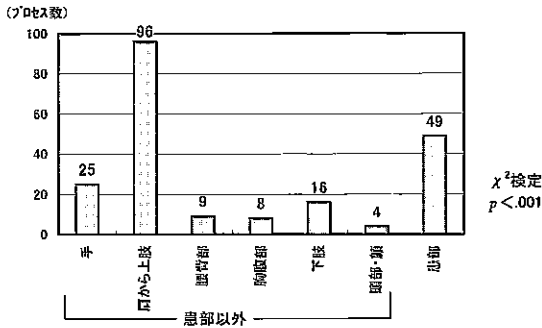


図8 タッチ実施部位

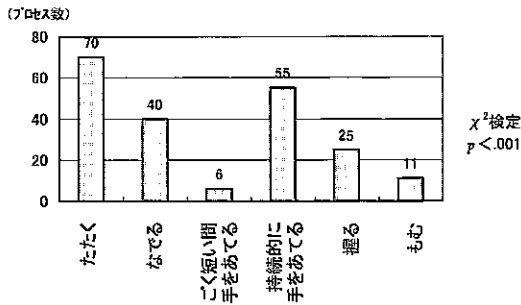


図9 タッチの種類

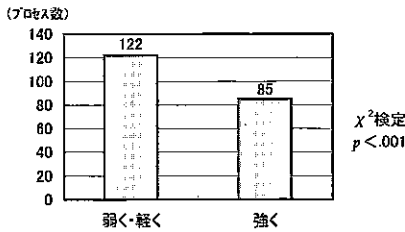


図10 タッチの強度

際に「ここが痛むのですね。」と一瞬視線をその部位に移すこともあったが、すぐに視線は患者の顔面に向けられていた。

言葉かけは、194プロセス(93.72%)の場面でなされていた。タッチの意味と即した言葉かけが観察され、多くの場合その言葉かけの間、タッチは実施されていた。

5) それぞれの項目間の関連

それぞれの項目間の関連について、 χ^2 検定(Fisherの直接確立法)を行い“病期とタッチの意味”($\chi^2(15)=35.713, p<.05$), “タッチの意味と部位”($\chi^2(30)=46.775, p<.001$), “タッチの意味と種類”($\chi^2(25)=51.838, p<.001$), “部位と種類”($\chi^2(30)=88.191, p<.001$), “部位と姿勢”($\chi^2(10)=26.858, p<.05$), “強度と種類”($\chi^2(5)=20.036, p<.05$) で有意差がみられた。

“病期とタッチの意味”では、「急性回復期」と「注意喚起」($p<.05$), 「ターミナル期」と「励まし・支える, 寄り添い」「苦痛の緩和し快適さを与える」「注意喚起」($p<.001$)に連関性があった(表4)。“タッチの意味と部位”では、「相互理解」「励まし・支える, 寄り添い」と「患部」($p<.05$), 「苦痛を緩和し快適さを与える」と「患部」($p<.001$), 「関係の構築」「注意喚起」と「手」($p<.05$), 「相互理解」「注意喚起」と「肩から上肢」($p<.05$)に連関性があった(表5)。“タッチの意味と種類”では、「関係の構築」と「握る」($p<.05$), 「相互理解」と「なでる」($p<.05$), 「励まし・支える, 寄り添い」と「たたく」($p<.05$), 「苦痛を緩和し快適さを与える」と「持続的に手をあてる」「もむ」($p<.001$), 「注意喚起」と

表4 患者の病期とタッチの意味の χ^2 検定

	急性回復期	慢性期	ターミナル期	その他+
関係の構築	6	0	2	1
相互理解	10	3	4	6
励まし・支え, 寄り添い	35	4	7**	20
不安を緩和し安心感を与える, 緊張の緩和	22	3	6	8
苦痛を緩和し快適さを与える	7	1	11**	1
注意喚起	17*	6	22**	5

* $p<.05$, ** $p<.001$

佐藤：看護実践場面におけるタッチに関する検討

表5 タッチの意味とタッチの部位の χ^2 検定

	手	肩から上肢	腰背部	胸腹部	下肢	頭部・顔	患部
関係の構築	3*	4	0	1	1	0	0
相互理解	1	6*	2	1	2	1	10*
励まし・支え, 寄り添い 不安を緩和し安心感を与える,	12	32	4	3	4	2	9*
緊張の緩和	6	15	1	3	4	0	10
苦痛を緩和し快適さを与える	1	7	1	0	0	1	10**
注意喚起	2*	32*	1	0	5	0	10*

* $p<.05$, ** $p<.001$

表6 タッチの意味とタッチの種類 χ^2 検定

	たたく	なでる	ごく短い間 手をあてる	持続的に 手をあてる	握る	もむ
関係の構築	4	1	0	1	3*	0
相互理解	8	8*	1	5	1	0
励まし・支え, 寄り添い 不安を緩和し安心感を与える,	15*	14	2	21	9	5
緊張の緩和	13	7	1	12	6	0
苦痛を緩和し快適さを与える	5	7	0	0**	2	6*
注意喚起	25**	3**	2	16	4	0

* $p<.05$, ** $p<.001$

表7 タッチの種類とタッチの部位の χ^2 検定

	たたく	なでる	ごく短い間手をあてる	持続的に手をあてる	握る	もむ
手	3**	2	1	2*	17**	0
肩から上肢	44*	10*	5	25	5*	7
腰背部	1	3	0	5*	0	0
胸腹部	2	3	0	3	0	0
下肢	10*	4	0	2	0	0
頭部・顔	0	2*	0	1	0	1

* $p<.05$, ** $p<.001$

表8 タッチの部位と患者の姿勢の χ^2 検定

	臥位	坐位	立位
手	18	5	2
肩から上肢	64	21	11
腰背部	2**	1	6**
胸腹部	7	1	0
下肢	8	6	2
頭部・顔	0**	4**	0

* $p<.05$, ** $p<.001$

「たたく」「なでる」($p<.001$)に連関性があった(表6)。「種類と部位」では、「たたく」「握る」と「手」($p<.001$),「持続的に手をあてる」と「手」($p<.05$),「たたく」「なでる」と「肩から上肢」($p<.05$),「握る」と「肩から上肢」($p<.001$),「持続的に手をあてる」と「腰背部」($p<.05$),「たたく」と「下肢」($p<.05$),「なでる」と「頭部・顔」($p<.05$),「たたく」と「患部」($p<.05$),「なでる」

表9 タッチの種類とタッチの部位の χ^2 検定

	たたく	なでる	ごく短い間手をあてる	持続的に手をあてる	握る	もむ
弱く・軽く	49*	16**	2	37	16	2**
強く	21	24**	4	18	9	9**

* $p<.05$, ** $p<.001$

と「患部」($p < .001$)に連関性があった(表7)。「部位と姿勢」では、「臥位」と「腰背部」「頭部・顔」($p < .001$)、「坐位」と「頭部・顔」($p < .001$)、「立位」と「腰背部」($p < .001$)に連関性があった(表8)。「強度と種類」では、「弱く・軽く」「強く」と「たく」($p < .05$)、「弱く・軽く」「強く」と「なでる」($p < .001$)に連関性があった(表9)。

IV. 考 察

1) タッチの意味

タッチの意味である「関係の構築」「相互理解」「励まし・支える、寄り添い」「不安を緩和し安心感を与える、緊張の緩和」「苦痛の緩和し快適さを与える」「注意喚起」は、いずれもタッチ以外の方法によっても満たすことが可能である。すなわち他のコミュニケーションチャンネル、傾聴や共感的態度などのさまざまな手段のひとつとしてタッチもあると考える。看護師の内観報告にあるように、患者の心身の状態やそのときの状況からどのような手段を用いるかの判断がまずあり、そこでタッチを選択した場合にタッチは実施されるのである。したがって実施したタッチを振り返ることでその意味が明らかにされたのだと考える。

今回は最優先されたタッチの意味を分類し集計したが、実施されたタッチの多くは複数の意味を有していた。たとえば呼吸困難を呈している患者に「ゆっくりね」と言葉をかけながら肩をさするといったタッチでは、『しんどいけどがんばって』という励ましの意味とあわせて、『少しでも呼吸が楽になるように』と苦痛の緩和の意味も込められることがある。これは看護師がアセスメントの結果、患者の状態や状況を十分に把握し、ひとつの援助行為に対して必要とされる意味を含めていこうとしているからではないだろうか。

今回「励まし・支える、寄り添う」タッチが多く観察されたのは、すべての患者は病気に罹り、入院生活を送ることでさまざまな身体的・心理的苦痛や不快を感じており、すべての患者に寄り添い、励まし・支えることが看護の基本的姿勢と言えるからであると考えられる。そして「励まし・支える、寄り添い」を例えば直接的に言葉で伝えるなど他の手段では難しいという判

断がなされたからだと考えられる。患者は好んで病気に罹り、病状に伴うさまざまな苦痛を有しているのではなく、言葉により「がんばりましょう」といった直接的励ましは「これ以上なにをがんばれというのか」といった気持ちを生じさせることになるからだと思われる。

また「注意喚起」の意味でのタッチの実施頻度が高かったのは、看護ケアは一方的に提供されるのではなく、必ずケアの受け手である患者の同意が必要であるため、まず患者の注意を喚起したためと考える。「注意喚起」の意味でのタッチ実施は、「○○さん」と呼名を伴うことが多く観察されており、言葉による働きかけをタッチは補完していたと考えられる。

実施頻度が低かった「関係の構築」を意味するタッチは、タッチが「関係構築」の手段でもあり、一方で「関係構築」がなされていなければタッチの実施は困難であるという関連から、実施の判断が難しいと考えられる。つまりタッチするという事は、物理的距離がゼロになるだけでなく(Hall, 1966)、患者-ナース間の対人距離が親密距離となることも含まれ、患者がナースに対して親密距離には至らない個人空間をとっているときに、不用意にタッチすることは患者に不快感やときには苦痛すら与えることになるためであると考える。また観察場面が、患者と看護者の関係性の一部に限られていたため、すでに相互の関係性が構築されており、積極的に「関係の構築」をはかる時期ではなかったことも多少は影響したのではないだろうか。今後は、「関係の構築」を意味するタッチについて検討する場合、患者と看護者の関係性をふまえた上で行う必要があると考える。

またすでに述べたように看護実践場面において意味が明らかにされていないタッチは、Non-necessary Touch (Pikko Routasalo, 1996)とされ、タッチの意味の明確化はタッチ実施の必要不可欠条件であると言える。またタッチの意味を明らかにすることは、実施したタッチに対する患者の反応から適切な評価を行うためにも必要である。このように看護場面におけるタッチについての検討をする際には、実施されたタッチの意味をふまえる必要があると言える。

なおタッチの意味による分類には諸説があるが

(Estabrooks, 1989 ; Snyder, 1990 ; 土 蔵, 1993 ; Botoroff, 1993, 1994), このことへの言及は今後の課題としたい。

2) 患者の属性がタッチの意味および質的要因・補足的行動に及ぼす影響の検討

人は何らかの問題に直面したとき、その問題に対して、①何もせずただ問題を受容するのか、②自分で解決しようとするのか、それとも③他者に援助を要請するのかの決定をする。そして問題が重大で自分では解決できないとき、適切な援助者を探し、援助を求めるという行動をとる(高木, 2000)。患者が何らかの心身の苦痛を感じ、それを耐えなければならない状況とは、患者にとって自分では解決できない重大な問題が生じているときであると判断でき、ターミナル期はまさにこのような状況の時期である。したがって患者から言葉により援助を求められなくても、ナースは患者の状態や状況から判断し、患者の有する問題を解決する適切な援助者でなければならない。患者の身体的・心理的苦痛の緩和だけでなく、それらの苦痛に続発する辛さを緩和できるような援助も求められる。そのためターミナル期の患者に実施されるタッチの意味において、「励まし・支える、寄り添い」「苦痛を緩和し快適さを与える」の連関性が明らかになったと考える。

また看護師は受持った患者すべてにタッチを実施していたのではなく、あるいは一部の患者にはタッチを繰り返し実施していたことから、判断に基づいて選択的にタッチを実施していると言える。適切な判断には、十分な患者理解が必要であり患者の性別や発達段階、病態(病期により特徴づけられる)やADLはタッチの実施判断や実施方法の決定に重要な情報となると言える(佐藤, 2002)。しかし看護において患者理解は全人的理解が求められ、タッチに限らず看護ケアの判断には身体的・心理的、さらに社会的など多岐にわたる患者の側面から十分なアセスメントが必要である。そのため病期・ADLといったごく限られた項目だけでは、患者の属性とタッチの質的要因・補足的行動の各項目間において有意な差がみられなかったと考える。

3) 質的要因・補足的行動がタッチの意味に及ぼす影響の検討

手は心の直接器官である(橋, 1982)と言われていたが、これは体性感覚野において、手や顔(特に唇のあたり)の部分、他の身体部分より広い範囲を占めている(岩村, 2001)という生理的特徴によるものと考えられる。したがって手へのタッチは、看護師と患者と心と心がふれあうことにもつながり、「手」へのタッチと「関係の構築」の連関性が明らかになったのではないだろうか。

前述したように「注意喚起」の意味でのタッチが実施される際には、呼名などの言葉かけが伴っていた。より確実に患者の注意を喚起するには、看護師の言葉が患者に確実に認識される必要があり、そのためには看護師は患者の耳元で言葉をかけることになる。このような状況で看護師の手が届く部位として「手」「肩から上肢」があり、「手」「肩から上肢」へのタッチと「注意喚起」の連関性が明らかになったと考える。

また患部は、痛みやかゆみなどの苦痛や不快な症状を呈し、それに続発する辛い気持ちが患者にはあると考えられる。そのため痛みやかゆみなどの苦痛や不快な症状を緩和する意味でのタッチ、痛みやかゆみなどの苦痛や不快な症状や続発する辛さに共感して患者を支え・寄り添う意味でのタッチが有効であると考えられる。したがって「患部」へのタッチと「苦痛を緩和し快適さを与える」「相互理解」「励まし・支える、寄り添う」の連関性が明らかになったと考える。

「苦痛を緩和し快適さを与える」意味での「もむ」という種類のタッチは、マッサージ目的のタッチであると考えられる。また「注意喚起」の際には、ある程度の刺激が患者に伝わることを求められ、「たたく」という種類のタッチとの連関性が明らかになったと考える。しかし「たたく」強度により刺激の強さは異なり、種類のみによりタッチの意味に及ぼす影響を明らかにすることは困難であると考えられる。

また状況しだいで意味の異なるタッチが、すべて同じようなふれ方で表すことができるとされている(Vargas, 1987)。これは、ある意味でのタッチに特定の方法を見出すことは不可能であるということを示していると言える。そのためタッチの部位・種類以外の質的要因および補足的行動と、タッチの意味において有意な差が現れなかったと考える。

4) 質的要因・補足行動とそれぞれの項目間影響の検討

看護師は経験に基づき、タッチを実施しやすい部位として腰背部・肩から上肢を挙げていたが、このタッチの部位は「ふれやすく」「ふれられやすい」部位として明らかにされている部位と一致している (Jurard, 1966; 鈴木・春木, 1989)。しかし腰背部へのタッチの観察頻度は低かった。これは看護師の内観報告による「タッチのしやすさ」は、タッチの頻度という量的な側面だけでなく、患者との距離を0にしやすいうという質的側面を有しているからではないだろうか。

有意差は見られなかったが、タッチの種類において「たたく」が顔には実施されなかったのは、たとえ「弱く・軽く」であっても顔を「たたく」ことは、相手に不快感を与え、場合によっては暴力の意味が生じる危険性があるためだと考える。おそらく多くの人は、たとえ「弱く・軽く」であっても顔を「たたく」ことをされれば、思わずそのタッチから逃れようと相手から身をひくであろう。

同様に有意差は見られなかったが、立位の患者の胸部や下肢へのタッチ実施場面が観察されなかった理由として、看護師はタッチの際に常に患者と視線を合わせるあるいは合わせようとするところから立位の患者の下肢はふれにくい部位であるからだと考える。またお互いが立位の場合、相手の胸部へのタッチは「突飛ばす」イメージにつながり、暴力の意味が生じる危険性があるためだと考える。

目が口ほどにもの言うことは古今東西を問わずに言えることであり、視線の向け方により相手の受ける印象は大きく異なり、ときには「礼儀正しい無視」も必要である (Vargas, 1987)。今回 207 プロセスすべてにおいて看護師は患者と視線を合わせるかあるいは合わせようとしており、「礼儀正しい無視」は観察されなかった。これは看護師には常に患者を観察し、見守ることが求められていることが関係しているのではないと思われる。

またタッチしている部位を確認するための言葉かけや、「早く痛みが和らいだらいいですね」と期待する結果を言葉で表現するなど、プロセスによりさまざまな言葉かけがなされていた。また黙って患者の目を見つめながらタッチしている場面もあった。さらにゆっ

くり穏やかな口調と同調するようリズムで「たたく」「なでる・さする」タッチが実施されていた場面も観察された。これらのことからタッチ実施の際の言葉かけは、単にタッチを補足するにとどまらず、プロセスによっては相補的な関係にあると言えるのではないだろうか。

タッチの質的要因や補足的行動は、そこに含まれる複数の項目が複雑に相互に影響し合っていると考えられる。したがって今回観察したタッチにおいて“部位と種類”“姿勢と部位”“強度と種類”において項目間の連関性が明らかになったが、これだけではその連関性の意味を明確にすることは困難であると思われる。さらに観察から看護師の表情などもタッチと補足的あるいは相補的な関係にあるのではないかと思われ、複数の項目がどのように影響を及ぼしあっているのかを分析する方法の検討が今後の課題である。

謝 辞

本研究の主旨をよくご理解くださり、快く看護実践場面に参加させてくださった患者さんと家族の皆さま、看護師の皆様に感謝いたします。さらにデータ分析において貴重なご助言をくださいました大阪市立大学医学部看護学科 山崎裕美子助教授に感謝いたします。

引用文献

- Adomat, R. & Killingworth, A. 1994 Care of the Critical Ill Patient: The Impact of Stress on the Use of Touch in Intensive Therapy Units. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 912-992.
- Barnett Kathryn 1972 A Theoretical Construct of Concepts of Touch as They Relate to Nursing. *Nursing Research*, 21, 104-110. 遠藤敏子 (訳) 1974 看護に関するタッチの概念の理論的構成 看護研究, 7, 379-389.
- Bottoroff, J. l. 1993 The use and Meaning of Touch in Caring for Patients with Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 20, 1553-1556.

佐藤：看護実践場面におけるタッチに関する検討

- Bottoroff, J. I. & Morse, J. M. 1994 Identifying types attending; Patterns of Nurses-Work, IMAGE. *Journal of Nursing Scholarship*, 26, 53-60.
- Estabrooks, C. A. 1989 Touch ; A nursing strategy in the intensive care unit. *Heart & Lung*, 18, 392-401.
- Estabrooks, C. A. 1992 Toward a Theory of Touch ; The touching process and Acquiring a Touch Style. *Journal of advanced Nursing*, 17, 448-456.
- Glic, M. 1986 Caring Touch and Anxiety in Myocardial Infarction Patients in Intermediate Cardiac Care Unit. *Intensive Care Nursing*, 2, 61-66.
- Hall, E. D. 1966 The hidden dimension. Doubleday Company. 日高敏隆・佐藤信行（訳）1970 かくれた次元 みすず書房.
- Jurard, S. M. 1966 An exploratory study of body-accessibility. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 5, 221-231.
- 小西啓史 1995 第2部 社会相互作用の展開 7. 環境とコミュニケーション 大坊郁夫・安藤清志・池田謙一（編）社会心理学パースペクティブ2人と人とを結ぶとき 誠心書房 pp.140.
- Krieger, D. 1975 Therapeutic touch: The imprimatur of nursing. *American Journal of Nursing*, 75, 784-787.
- Margaret, M. 1956 Nursing: Primitive and Civilized. *American Journal of Nursing*, 56, 1001-1004.
- 森下利子・池田由紀・長尾淳子 1999 看護者のタッチに対する認識と実態に関する調査研究（第2報） 三重県立看護大学紀要, 3, 99-105.
- Pikko Routasalo 1996 Non-necessary touch in the nursing care of elderly people. *Journal of advanced Nursing*, 23, 904-911.
- 佐藤都也子 2002 意図的タッチの実施にかかわるエキスパートナースによるアセスメントの質的研究 2001年度 大阪府立看護大学修士論文.
- Schoenhofer, S. O. 1989 Affectional Touch in Critical Care Nursing: A Descriptive Study. *Heart & Lung*, 18, 146-154.
- Snyder, M. 1990 Independent Nursing Intervention 2ed. pp.215-222, New York: Delmer Pub Published.
- 鈴木晶夫・春木豊 1989 対人接触に関する試験的研究 早稲田心理学年報, 21, 93-98.
- 高木修 2000 セレクション社会心理学7 人を助ける心—援助行動の社会心理学—サイエンス社, pp35-42.
- 土蔵愛子 1993 コミュニケーションとしての“タッチ” ナース専科, 13 (3), 21-23.
- Weiss, S. 1979 The Language of Touch. *Nursing Research*, 28, 76-80.
- Weiss, S. 1990 Effects of Differential Touch on Nervous System Arousal of Patients Recovering from Cardiac Disease. *Heart & Lung*, 19, 474-480.
- Vargas, M. F. 1987 Louder Than Words —An Introduction to Nonverbal Communication—. Iowa State University Press, 石丸正（訳）2000 非言語的コミュニケーション 新潮選書, pp126.

（受理日 2004年12月22日）