

資料

救急看護におけるフィンクの危機モデルに関する研究
—先行研究分析から抽出した臨床応用への留意点—

田中 周平*

要約

本論は、救急看護におけるフィンクの危機モデルの活用実態を分析することで、その特徴から臨床応用への留意点を導き出し、危機的な状況にある対象への個別的な看護ケアの在り方の手がかりを得ることを目的とした。フィンクの危機モデルは、中途障害者の危機への適応の過程をモデル化し、治療的介入とマズローの動機づけ理論との関係性を示したものである。このモデルの活用における特徴を明らかにするため、モデルの概要を踏まえ、1994年以降の医学中央雑誌Webのデータベースから抽出した先行研究10件のレビュー分析を行い、検討した。結果としては、このモデルを概念モデルとして活用した事例研究がほとんどであり、研究対象や危機状況・場面などにおいて、本来のモデル通りの活用だけでなく、異なる対象、状況・場面への活用もされている現状であった。さらに、分析過程においても、多くの先行研究でモデル構築の土台となった理論や視点を踏まえていなかった。

以上のことから、救急看護におけるフィンクの危機モデルの活用には、対象、状況・場面などに関する構築背景への理解が必要である。これらが軽視されると、臨床現場での活用は機械的なものとなり、その結果、危機状況を十分に考慮した個別的な看護ケア実践が障害される可能性がある。

キーワード：危機理論、危機モデル、フィンク (Fink)、救急看護

I. 緒言

看護師は患者や家族の危機状況に遭遇する機会が多い専門職である。こうした危機状況では、患者や家族は身体的のみならず心理的にも混乱した状態を呈する。患者や家族の危機状況は、一見、個別的な側面が強いように思われる。しかし、危機状況において普遍的に共通する要素や要因の抽出が系統的に行われており、すでに幾つか明らかにされている点も多い。それ故、経験的にそうした状況に対応するのではなく、危機状況下での心理状態の特徴を理解し、適切な対応のための科学的根拠に基づいた介入こそが不可欠と言える。こうした対応を支えるための理論開発が、危機理論として発達している。

本邦において、危機理論や危機モデルとしてはフィンクの構築したものが有名である。臨床場面、特に救急・集中治療領域ではこの理論モデルが活用されることが多い。しかし、このような生々しい臨床現場では、このモデルが必ずしも適合的ではない印象を持つ。また、厳しい現実をモデルに無理やり当てはめ、理解しようとする現状もある。特に、救急場面においては、個別性を重視する必要があるが、

フィンクの危機モデルに依存するあまり、それとは逆に、現実を単純にモデルに当てはめ捉えようとする傾向が強く、患者や家族に対する介入を画一的なものとする危険性を持っている。山勢は、日本ではこのモデルを自己解釈し、さまざまなケースに用いている¹⁾と報告しており、著明なモデルを誤った解釈で活用することによって、事例にもそぐわず、なおかつモデルも正しく活用できないという二重の過ちを犯すと考える。また、救急看護の現状として、個々様々に異なる救急場面についての普遍的な説明、そして、それに対するよりよいケアの模索に集中するあまり、その分析方法が妥当か否かの検討は行われていない実態がある。

II. 目的

本論は、救急看護でのフィンクの危機モデルの活用における特徴を分析し、それを明らかにすることで、臨床応用への留意点を導き出し、危機的な状況にある対象への個別的な看護ケアの在り方の手がかりを得ることを目的とした。

Ⅲ. 方法

本論では、1994年以降の医学中央雑誌Webのデータベース上で、キーワード検索から抽出した研究論文に照らし、本邦での救急看護におけるフィンクの危機モデルの活用実態を検討する。研究論文は、フィンク (Fink)、救急、急性などのキーワード検索から検討を行い (表1 参照)、abstractから本論のテーマに合致する論文を抽出した。フィンクの危機モデルの活用実態を検討するためには、その活用されているモデルの内容を正確に理解しておかなければならない。そのため、フィンクの危機モデルの概要を明らかにし、その概要を参考にしながら先行研究を分析していくことで、モデルの概要との共通点、相違点などの特徴を明らかにし、活用実態および傾向をより明確なものとする。分析の視点としては、研究対象、危機状況・場面、治療的介入、評価における内容分析を行い、そうして得られた結果から個別の看護ケアに活かすフィンクの危機モデルの臨床応用への留意点を考察する。

Ⅳ. 結果

1. フィンクの危機モデルの概要

フィンク²⁾は、表2に示すように、危機への適応の過程をモデル化し、衝撃、防御的退行、承認、適応の連続する4つの段階と、自己体験、現実認知、感情体験、認知構造、身体的障害の5つの側面とで整理し、治療的介入の側面を加味することで、危機に対する理解を多面的に行うことを可能とした。この危機モデルは、外傷性脊髄損傷患者の臨床観察と、喪失に対する人間の反応の文献から構築されたものである。つまり、このモデルはショック性危機^{注1)}

に陥った中途障害者を対象と想定し、障害受容^{注2)}に至る過程をモデル化したものである。さらに、その危機状況への介入にマズローの動機づけ理論を用いたことが構造上の特徴と言える。

衝撃の段階とは、最初の心理的ショックの時期である。危険や脅威を知覚することで、現実とは突然に対処できないものとなり、無力感や激しい不安を示し、しばしばパニック状態になる。協調的思考が崩壊し、起こっていることを完全に把握することができず、結果として、状況に対処するための適切な計画が立てられなくなる。この時期は、急性の身体症状を表す時期でもあり、十分な治療的処置を要する。また、障害の程度が一時的なのか、永久的なのかまだわからない時期である。そのため、自己の存在に対する直接の脅威に包まれ、安全のために全資源が動員される。

防御的退行の段階は、自分を守る時期である。衝撃に伴う圧倒的な混乱に耐えることができず、現実を回避し、否定し、願望的思考にふけるなどの防衛機制を用いることで、感情的には安定し、非現実的な幸福(多幸症)を示す場合もある。この段階では、力の均衡を崩そうとするものは、脅威として知覚され、怒りを伴った反応を示す。また、思考が固定しているため、生活様式や価値、目標などの変化を拒む。このような防衛的反応は、身体的な回復の実感によって助長される。この段階の治療的介入において、現実志向的アプローチは、危機の出来事と同じように知覚されやすく、脅威に相当する。これによって援助者が拒絶されることがあるため、承認の段階を前に治療的な信頼関係を築いておく必要がある。

承認の段階は、危機の現実と直面する時期である。「私はもはや以前の私ではない。」ということを知覚

表1 キーワード検索式

キーワード	総件数	原著論文件数	採用件数
フィンク	100件	40件	5件
Fink	95件	41件	2件
フィンク and 救急	6件	2件	2件
Fink and 救急	9件	5件	1件
フィンク and 急性	7件	3件	0件
Fink and 急性	6件	4件	0件
		合計	10件

し、自己を卑下する。これらの変化に伴って、感情的には深い抑うつ状態になり、喪失感、悲痛などを示す。変化の本質を理解するのに、衝撃の段階と同様に混乱と無力の感覚を伴い、系統立てた思考の崩壊が起こる。この段階で、激しい動揺と無意味な感情によって圧倒されると、自殺を企てることさえある。身体的には、劇的な改善はなくなり、身体の永久的な変化に直面する。患者は現実を少しずつ吟味する過程で再度安全のニーズに接触するが、まもなく回避によって安全が保障されるわけではないことを認識する。そして、成長のニーズが差し迫ってくるが、これまでの防衛機制では役に立たない。

最後に、適応の段階は、修正した自己像と新たな価値観を築く段階である。自分自身の中で資源を探求し、現実の限界と可能性とを吟味していく中で、新しい満足感を体験し、次第に不安や抑うつも軽減する。そして、現在の資源や将来への可能性の観点から思考や計画が再構築され、将来への見通しが開ける。また、危機を肯定的な見方で捉え、人生をより深く理解するための手段や、将来起こりうる危機に対する準備だと思ふ場合もある。身体的障害は、この時までには決定的となるが、補助具の使用でハ

ンディキャップの程度を軽くしたり、身体的資源を最大限に活用することで合併症を予防したりする。適応の段階に入らせるには、援助者の完全な技術と資源が必要である。援助者は、患者が新たな安全の感覚を確立して成長へ向かって進むために現実的な自己評価などの成長のニーズに関連した行動を積極的に強化する必要がある。

以上より、臨床での応用を検討する場合、危機への介入の最も適切な時期は、衝撃の後に起こる初めの混乱の時期ではなく、防衛的な試みが役に立たないことを認識し、本当の自己評価を行うことが余儀なくされる承認の時期こそが、効果的な介入の時期であると示唆される。フィンク危機モデルを活用する時期がより限定的であることに、まず留意を払わなくてはならないことが分かった。

2. 先行研究検討

抽出した文献は、表3に示す10文献である。フィンクの危機モデルを概念モデルとして活用した事例研究が8件であり、調査研究が1件、比較研究が1件であった。事例研究では、モデルが示す各段階の心理的特徴を実際の事例に当てはめながら分析し、

表2 フィンクによる危機の心理的段階

時間	段階	自己体験	現実認知	感情体験	認知構造	身体的障害
↓	ショック (ストレス)	現存する構造への脅威	圧倒的なものとして認知	パニック;不安;無力	秩序の崩壊;計画ができない思考ができない状況を理解できない	十分な治療を必要とする急性の身体的損傷
	防御的退行	古くからの構造を維持しようとする試み	現実逃避;希望的思考;否認;抑圧	無関心あるいは多幸症(挑戦することを除く、怒りを感じる場合もある);(軽度の不安)	防御的再構築;変化に対する抵抗	急性期からの身体的回復;身体機能の最大限可能なレベルへの機能回復
	承認 (ストレスの復活)	現に存在する構造をあきらめる自己卑下	現実への直面;自己に強いられる事実	無感情と動揺を伴う抑うつ状態;苦しさ;悲嘆;強い不安;圧倒されれば自殺	防御的崩壊: (1) 秩序の崩壊; (2) 変化した現実認知に関する再構築	身体的停滞期;変化しない程度まで回復が緩やかになる
	適応と変化	新しい構造(新たな価値)の構築	新しい現実への試練	次第に満足な体験が増加;(次第に不安は軽減)	現存する資源と能力に関する再構築	身体的障害の状態に変化がない

引用文献2)より田中訳

モデルが示す危機介入の考え方を取り入れた看護実践について報告したものが大半であった。その中で、各研究において危機モデルの活用状況に特徴が認められた。そのため、モデルの概要を踏まえ、抽出されたそれぞれの論文を研究対象、危機状況・場面、治療的介入、評価の視点、で分類し、その活用内容について以下に分析を行う。

まず、研究対象では、患者自身を対象としたものが4件、家族を対象としたものが4件、患者・家族、看護師を対象としたものが各1件であった。患者自身を対象とした事例研究では3件が男性を対象としていた。家族を対象とした事例研究では4件が妻、娘、母というように女性を対象としていた。家族を対象とした研究においては、経過中に対象が別の家族成員に代わる事例もあった。結果として、フィンクと同様に患者自身を対象としたものは4件で、残り6件はそれとは異なる対象への活用であった。また、対象疾患としては、モデルの構築背景と共通する外傷性脊髄損傷は1件、その他の外傷は2件、内因性疾患5件、溺水1件であった。外傷性の対象は計3件であったが、そのうち2件が身体的障害を残した疾患であった。内因性疾患である脳梗塞の事例は、人格障害をもたらしたものであり、身体的障害はなかった。右乳癌の事例も肉体的変貌をきたす事例ではあったが、機能障害はなかった。

次に、危機状況・場面については、入院および発症直後からモデルを活用し、看護実践したものが4件、入院および発症後しばらく経過してからの活用が2件であった。看護の振り返りとして、事後に活用しているものが2件であった。危機状況とされる期間、つまり、適応の段階へ至るまでの期間は、最低14日間から最大1年以上であり、危機状況にある期間に大きな差が認められた。モデルが示す各段階の心理的特徴に当てはめながら、4つの段階全てにおいて分析されているものは7件、限られた段階のみで活用したのが1件であった。また、モデル通りの過程を進まず、危機を繰り返した事例もあった。

治療的介入については、その内容を分析しているものは8件であった。そのうち、モデルが示す介入のポイントを看護計画などに取り入れ、実践内容を評価しているものが6件であった。また、行った看護実践の内容を振り返り、モデルと比較し評価しているものが2件であった。防御的退行の段階に、情

報提供という現実志向的アプローチを行っている研究もあった。

研究の分析については、治療的介入の実践内容を分析する際に、マズローの動機づけ理論に基づいて安全・成長のニードについて記述しているものが8件中2件、ニードについて全く触れていないものは8件中6件であった。2件のうち、動機づけ理論を踏まえて介入内容を検討しているものは0件であった。また、障害受容の視点を踏まえた分析をしている研究は1件であった。しかし、分析内容としては、喪失体験があるため障害受容を早めたとの報告にとどまり、受容過程に関する分析までは行われていなかった。

最後に、評価については、フィンクの危機モデルの活用が有効であるとしているものが9件であった。活用上の問題など批判的な分析をしている研究は0件であった。

3. 危機モデルの活用における特徴

前述した1. フィンクの危機モデルの概要と2. 先行研究検討の結果を分析すると、活用実態における共通点、相違点などいくつかの特徴が示唆された。

フィンクの患者自身の適応過程をモデル化したものと、4件は共通していたが、6件の研究では患者以外の対象への活用であった。また、患者に対し活用している研究においてもその患者が中途障害者でない、また障害とは関係性の低い疾患である場合も4件中3件であった。つまり、フィンクと同様の対象に活用している研究は10件中2件であった。田中ら³⁾の研究は外傷性脊髄損傷患者を対象とした研究であり、モデルの概要に即した対象となっていた。また、事例研究ではないが、吉本ら⁶⁾の研究も身体的障害を残した患者自身を対象としている点でモデルと一致していた。天川⁴⁾や木野田ら⁵⁾は、患者自身を対象としているが、急性心筋梗塞およびICU症候群という身体的障害を残さない事例を対象としている点でモデルと異なる。前ら⁸⁾や木村⁹⁾は、脳梗塞や多発外傷という身体的障害をきたす可能性のある疾患を対象としているが、研究対象は家族である。佐藤⁷⁾は、急性心筋梗塞の患者の家族を対象としており、どちらの点でもモデルとは異なる。同様に、生田ら¹⁰⁾は、溺水により意識回復の見込みがなくなった児の母親を対象としていた。その他にも、染谷ら¹¹⁾のように患者・家族の両方を同時

表3 先行研究の概要

研究対象	対象疾患	危機の期間	研究方法	活用の特徴（治療的介入、評価など）	分析の視点 ①動機づけ理論 ②障害受容
患者	外傷性脊髄損傷	55日間	事例研究	精神的援助の効果についての分析。モデルのどの段階にあるのかを考え、それに従った介入を実施することで適応へと至った。	①一部あり ②一部あり
患者	急性心筋梗塞 (ICU症候群)	14日間	事例研究	精神症状を呈した患者に対する各段階における看護内容を検討。精神面の評価を行うことで効果的な看護が提供できた。音楽療法が有効であった。	①なし ②なし
患者	急性心筋梗塞 (ICU症候群)	14日間	事例研究	防衛的退行の段階を見極めて有効な介入を行った。この段階での現状の把握説明は逆効果となる。モデルの活用により看護目標は到達できた。	①なし ②なし
患者	交通外傷 労働災害	なし	調査研究	入院期間の心理変化と障害受容についての調査。モデルを参考に質問項目を作成。衝撃は徐々に低下傾向を示す。障害受容と精神面への看護介入が重要。	①なし ②なし
家族	急性心筋梗塞	15日間	事例研究	家族の心理過程を予測し、行った看護介入を評価。傾聴が信頼関係の形成につながる。常に正しい情報を提供する。介入により早期に危機回避できた。	①なし ②なし
家族	急性心筋梗塞 脳梗塞	14日間	事例研究	看護の振り返りに活用。妻、娘を対象として危機介入した。訴えに対しては傾聴が必要。家族成員によって衝撃の受け方が異なる。	①なし ②なし
家族	交通事故による 多発外傷	12日間	事例研究	衝撃・防衛的退行の段階では面接が有用である。モデルと対象が違いうため同様の過程ではなかった。家族の力が危機回復には重要である。モデルの活用は効果的であった。	①一部あり ②なし
家族	溺 水	1年以上	事例研究	児の母親の心理を理解し、看護援助が適切であったかを考察した。モデル同様の過程をたどり、それに即した介入を行ったことで適応へ至った。	①なし ②なし
患者・家族	右乳癌	35日間	事例研究	危機モデルを用いて段階に応じた看護の重要性を分析。危機状況を繰り返したが、適切な危機介入、家族の看護への参加により危機を回避できた。	①なし ②なし
看護師	なし	なし	比較研究	家族援助の充実のため危機モデルの勉強会を実施。意識の変化を比較検討。	①②なし

に対象とした研究や、加藤ら¹²⁾による看護師を対象とした研究もあった。このように、対象選択の特徴として、フィンクのモデルと一致しているものは10件中2件しかないことから、多くの研究でモデルとは異なる対象へ活用している実態がある。また、モデルの概要では対象の性差に関する分析はされていない。

次に、危機状況・場面では、モデルの示す4つの各段階についての研究が8件で、フィンクが示すように各段階の特徴を分析しているが、1件は研究期間上2つの段階のみの分析であった。また、危機の概念では、危機状況は4～6週間以上続かず、何らかの結末を迎えるとされているが、2件の研究では6週間以上の経過をたどっている。このように、ショック性危機というモデルと一致する状況に活用されているが、従来の定説とは異なる期間において活用されている事例もある。特に、生田ら¹⁰⁾は適応の段階に至るのに1年以上を要したという結果を報告している。

治療的な介入を行っていく上では、まず危機のどの段階にあるかを把握することが重要となり、各研究ではモデルが示す心理的特徴を参考に各段階を判断している。しかし、モデルの概要と比較すると、その段階と判断する根拠が曖昧なものもあった。

田中ら³⁾は逃避行動より防御的退行の段階を、リハビリへの前向きな取り組みから承認の段階を判断している。天川⁴⁾や木野田ら⁵⁾は、現状理解ができない状態を衝撃の段階とし、せん妄状態を防御的退行の段階、その消失を承認・適応の段階としている。染谷ら¹¹⁾は、うなだれる様子から衝撃の段階とし、処置の拒否やナースコールの増加より防御的退行の段階を、外見を受容し始めた時期を承認の段階とし、前向きな姿勢が見られた時期を適応の段階と判断している。佐藤⁷⁾は、涙ぐむ様子から衝撃の段階、気持ちが表出できるようになった反応から防御的退行の段階、不安の内容の変化があったことから承認の段階、前向きな姿勢により適応の段階と判断している。前ら⁸⁾は、妻の疲労から衝撃の段階を、長女の防衛機制から防御的退行の段階を、家族が患者の自宅療養を選択したことから承認の段階を判断している。木村⁹⁾は、動揺が強い時期を衝撃の段階、防衛機制から防御的退行の段階、出来事を現実的に捉え始めたことから承認の段階、現実を受け止め前向きに対処していることから適応の段

階と判断している。以上のように、モデルの心理的特徴に必ずしも当てはまらない現象からも各段階を判断している傾向が認められた。

治療的介入では、モデルにある介入の考え方を看護計画に活用しているものが6件である。モデルと共通している介入として、衝撃の段階では、天川⁴⁾や木野田ら⁵⁾、佐藤⁷⁾、前ら⁸⁾、木村⁹⁾、染谷ら¹¹⁾が報告しているように、訴えを傾聴し、共感的態度で接していたということがある。防御的退行の段階では、田中ら³⁾、天川⁴⁾や木野田ら⁵⁾は、引き続き傾聴の姿勢で接し、苦痛の緩和の介入を行ったとしている。承認の段階には、田中ら³⁾、天川⁴⁾、木野田ら⁵⁾、佐藤⁷⁾、木村⁹⁾は、治療に関する説明などの積極的な情報提供を介入としていた。染谷ら¹¹⁾は、衝撃の段階では静かに見守り、防御的退行の段階では、訴えを傾聴し支持的態度で接したとしている。適応の段階においては、木村⁹⁾や生田ら¹⁰⁾のように自立や問題解決が見出せるように対応したとしている。また、モデルと相違している介入としては、佐藤⁷⁾や前ら⁸⁾が、防御的退行の段階で、医療費や心臓リハビリテーションおよび医師からの病状説明などの情報提供を行ったことである。加えて、前ら⁸⁾は、再び承認の段階で、傾聴を中心とした介入を行ったとしている。また、生田ら¹⁰⁾も、衝撃・防御的退行の段階で、現状を説明したとしている。

さらに、分析でマズローの動機づけ理論や障害受容の視点を踏まえている研究はほとんどなかった。特に、障害受容の視点は無視される傾向であった。田中ら³⁾は、ニードについての記述や喪失体験があるため障害受容を早めたとの分析はしているが、介入内容に関する分析は行っていない。また、木村⁹⁾や染谷ら¹¹⁾は、患者の状態変化で危機モデルの段階を後退したと報告しており、モデル通りではなかったことを示しているが、これに関する批判的な分析はしておらず、危機モデルの活用が効果的であったと結論づけている。

最後に、評価では、救急看護の場面において、フィンクの危機モデルの活用が対象、状況・場面などの内容を問わずに効果的であったという特徴が示された。

V. 考察

以上の結果から、救急看護の場面において、フィンクの危機モデルを活用している現状が明らかに

なったと考える。山勢は、多種多様な場面でこのモデルが使用されている¹⁾としており、これに一致すると考えられる。

まず研究対象では、本来のフィンクの危機モデルの持つ構築背景とは異なる対象へ活用されている研究が多くあった。代表的なものとしては家族を対象とした活用である。この場合、家族は身体的障害を負うことはないため、障害受容の過程は無視されてしまう。確かに、救急領域では家族看護も重要とされるが、家族を対象とした分析を行う際に、このモデルを活用することは妥当性が低いと考える。ましてや、患者・家族を同時に対象とすることは、個々に危機への適応の過程が異なるため、まとめたの活用および介入は困難であると考えられる。つまり、フィンクの危機モデルは、身体的障害を負った患者自身のみを対象として活用できると言えるのではないだろうか。

さらに、危機状況・場面では、入院および発症直後のショック性の危機状況に対して活用している傾向であり、本来のモデルに当てはまるものが多かった。また、実際の事例の現象と、モデルの示す心理的特徴を比較し、各段階を判断する根拠を得ている特徴があった。しかし、危機状況の期間が長期に渡るものや、4つの段階の過程全てを分析していないものもあった。危機状況は4～6週間以上続かず、何らかの結末を迎えるとされているが、それ以上続くものは従来の定説を覆す結果となっていた。加えて、過程の部分的な分析では、モデルの単純な当てはめにならざるを得ない。これらは、現実とモデルを照らし合わせる際に、適切な活用が行えなかった結果であると推論できる。

治療的介入においては、モデルが示す介入の考え方を取り入れ、実践しているものがほとんどである。しかし、モデルの概要はあくまでも危機介入のポイントしか示していないため、看護計画などのために具体化する場合、看護者の自己解釈にならないように構築背景を十分に踏まえる必要がある。

また、介入における分析では、構築背景の理論や視点は踏まえていないが、評価では全ての研究においてフィンクの危機モデルの有効性が報告されている。つまり、モデルと合致しない対象、状況・場面と合致しない介入方法、分析においても有効であると分析している。今回の先行研究の分析では、フィンクの危機モデルの課題や限界について述べて

いるものや、批判的な分析をしているものではなく、盲目的にこのモデルを信用し活用している実態が浮き彫りとなった。また、これにより無意識にモデルに見合うデータのみを抽出している可能性も考えられ、結果としてさらにこのモデルの有用性への信頼を助長していると推測できる。

次に、明らかになった活用実態の特徴から、臨床応用への留意点を考察する。今回のような特徴は、臨床看護師が危機状態に陥った対象という介入が困難なものに対し、危機理論や危機モデルというツールを十分な理解がされないまま活用し、当てはめ捉えようとした結果であると考えられる。そのため、フィンクの危機モデルは外傷性脊髄損傷患者の障害受容という適応の過程をモデル化したものであり、患者自身に焦点を当てたモデルであるということを再認識する必要がある。対象選択の留意点としては、身体的障害を有している患者自身に対してのみ活用可能であり、さらに危機がショック性であることに限定される。つまり、それを伴う疾患が対象となり、身体的障害のある患者自身以外は、このモデルを活用する研究対象とはならないわけである。

危機状況・場面では、対象の選択と同様に活用できる時期を正しく選択することが必要である。適切な時期に適切に活用しなければ、モデルの価値や効果を活かすことができないばかりか、定説を覆すような結果を導き出し、混乱する原因になる。また、介入に際して、各段階の時期の判断を誤ると、同じ働きかけが、全く逆の効果をもたらすことさえある。特に、防衛的退行の段階と承認の段階の介入は誤らないように慎重に行わなければならない。

治療的介入は、時期のみならず内容においても重要である。モデルは基本的な介入のポイントや考え方までしか言及していないため、具体的な看護計画として立案する際には背景にあるマズローの動機づけ理論を十分に配慮する必要がある。また、そうすることで、介入内容を分析する際には、自然と構築背景が踏まえられた分析ができるであろう。このようなことから、活用すべき、または活用できる事例に対し適切な活用が可能となると考える。

最後に、評価の上では、実際の患者は個別的で複雑な存在であることを念頭に置かななければならない。典型的なモデルではなく、今、目前にある患者の現象、状態を最優先に捉え、アセスメントすることが必要となる。モデルに対して絶対的な信頼を持たな

いことが重要である。

このような留意点を軽視した活用では、モデルが持つ本来の意味とは異なり、単純な当てはめの作業にしかならない。フィンクの危機モデルは救急領域における全事例に万能に活用できるわけではなく、極めて限定されて活用可能であることを念頭におく必要がある。つまり、限定された危機モデルを本質以上に拡大し活用している実態の背景には、救急看護領域における科学的観察や介入の必要性が高く、それらが要求されている現実からであると推察する。しかし、だからといって、適用外の実態に既存のモデルを当てはめ、危機状況が理解できたかのような錯覚を持つてはならないだろう。モデルを活用する目的は、患者中心の看護、つまり患者の個別性を捉え、それに即した介入を行うことで患者をより良い方向へ向かわせることなのである。

本論の限界としては、十分な件数の先行研究をレビュー分析できず、救急看護におけるフィンクの危機モデルの活用実態を一般的に指摘するには至らないことである。とはいえ、現状での使用における傾向性は示し得たと考える。

今後の課題としては、こうしたフィンクの危機モデルの認識に対し、正しい理解、活用を普及させるとともに、個別的な看護ケアのために対象をきちんと捉え、状況に応じた危機モデルの活用が必要となる。また、山勢らが、MEDLINEおよびCINAHLによる危機理論や危機モデルの研究者の文献検索を実行すると、フィンクについては引用文献として1件しかヒットしなかった¹³⁾と報告していることから、このモデルには当てはまらない日常的に行っている危機介入の評価などを行い、臨床現場にあった新たなツールの開発も求められるであろう。

VI. 結論

救急看護においてフィンクの危機モデルを臨床応用するには、以下のような留意点がある。

1) フィンクの危機モデルの構築された背景を理解し、研究対象、危機状況・場面の選択は本来のモデルに従うこと。2) フィンクの危機モデルを活用する対象として適切か否かをアセスメントすること。3) 治療的介入において使用する場合は、時期と内容の適合性について検討しなくてはならないこと。4) フィンクの危機モデルの土台となった理論や視点を踏まえた分析を行うこと。5) フィンクの

危機モデルは絶対的ではなく、モデルから逸脱する事例もあることを念頭に置くこと。

引用文献

- 1) 山勢博彰：ICU・CCUにおけるメンタルケア看護にいかす危機理論 フィンクの危機モデル、ハートナーシング、14(II)、1037-1042、2001.
- 2) Fink, S.L.: Crisis and Motivation: A theoretical Model, Archives of Physical Medicine & Rehabilitation, 48 (II), 592 - 597, 1967.
- 3) 田中直子・石井美恵子：脊髄損傷患者の精神的援助の一考察 フィンクの危機モデルを活用して、日本救急医学会関東地方会雑誌、22、162-163、2001.
- 4) 天川佐知子：急性心筋梗塞で入院し長期安静を強いられICU症候群となった患者の看護、奈良県立三室病院看護学雑誌、16、61-63、2000.
- 5) 木野田利枝・天川佐知子・石橋玲子・有城利子：急性心筋梗塞で入院し危機的状況に陥りICUせん妄を呈した患者の看護 フィンクの危機モデルを活用して、奈良県立三室病院看護学雑誌、17、119-122、2001.
- 6) 吉本千鶴・上西洋子・金澤陽子：救急患者の障害受容に関する心理変化の実態調査、大阪市立大学看護短期大学部紀要、3、9-15、2001.
- 7) 佐藤久美子：危機的状況にある患者家族への関わり フィンクの危機理論を用いて、磐田市立総合病院誌、5(1)、111-118、2003.
- 8) 前亜希子・前田靖子・中村優子・増田栄子：危機的状況にある患者家族への援助 フィンクの危機理論を用いて振り返る、日本看護学会論文集32回成人看護I、196-198、2002
- 9) 木村ゆかり：多発外傷で生命の危機にさらされた患者の母親への危機介入 Finkの危機モデルを用いた看護介入を試みて、神奈川県立看護教育大学校事例研究集録、20、33-36、1997.
- 10) 生田三恵・上野美穂・山田綾子・浦川智恵美・下野栄子：溺水により意識回復の見込みがなくなった児の母親への精神的援助 児の死を受容するまで、日本看護学会論文集30回小児看護、6-8、2000.

- 11) 染谷正恵・三上淑子・久松まゆみ・渡辺美奈子・山根春江：右乳癌緊急手術による危機に陥った患者および家族へのアプローチ フィンクの危機理論を用いて、日本救急医学会関東地方会雑誌、19(2)、714-715、1998.
- 12) 加藤美代子・前川有希・三木暁子・田上真理子・柴田直子：救急患者の家族援助を見直して、名古屋市立大学病院看護研究集抄録2002号、92-97、2003.
- 13) 山勢善江・山勢博彰：危機理論の活用 欧米における危機に関する最近の看護研究の動向、エマージェンシーナーシング、11(3)、35-43、1998.
- 14) 小島操子：看護における危機理論・危機介入 フィンク／コーン／アグィレラ／ムースの危機モデルから学ぶ、京都、金芳堂、2004.
- プ 危機理論とその応用、ナーシング、12(11)、68-73、1992.
- 3) 中村めぐみ・矢田真美子：Finkの危機モデルによる分析、看護研究、21(5)、420-426、1988.
- 4) 黒田裕子：救急看護における危機理論 救急領域の看護実践に有効に活用できるために、エマージェンシーナーシング、7(8)、636-642、1994.
- 5) 山勢博彰・山勢善江：臨床看護に関する研究の動向と今後の課題 救急看護に関する研究の動向と今後の課題、看護研究、33(6)、451-465、2000.
- 6) 黒田裕子：理論を生かした看護ケア、東京、照林社、1996.

参考文献

- 1) 山勢博彰：臨床での危機理論の活用と看護研究 理論とモデルに潜む問題点を中心に、エマージェンシーナーシング、14(4)、355-357、2001.
- 2) 山勢博彰・山勢善江：理論で看護をパワーアッ

注1) 突然急激な衝撃を受けて起こる危機¹⁴⁾

注2) 患者自身が障害あるいは機器などとの共存を強いられたる疾病・損傷の存在を認め、自己の能力の限界を現実的に認識し、積極的に生き抜く態度をもつこと¹⁴⁾

Title : The Study on Fink's crisis model in emergency nursing
-The attentions distilled from precedence literature-

Author : shuhei TANAKA*

*School of Nursing, Yamaguchi Prefectural University

Key words : crisis theory, crisis model, Fink, emergency nursing
