Akita University

原著：秋田大学保健学専攻紀要22(1)：45－57，2014

遷延性意識障害の患者を看護し続ける看護師の経験

佐々木　美和子*　　佐々木　真紀子**

要　　旨

本研究では遷延性意識障害患を５年以上看護している看護師６名に半構成的インタビューを行い，最初の頃の困難，現在はどのような状況に変化したか，変化には何が影響したかを明らかにするために質的記述的分析を行った．

その結果，最初の頃の困難では【仕事をこなすことに精一杯】【患者の状態を捉えることが難しい】【人として親しみが湧かない】【返事や反応が無いことによる否定的感情】【患者・家族との関わり方や生死との向き合い方がわからない】【理想と現実のギャップ】の６カテゴリーが導かれた．

現在の状況では，【責任を果たす】【自分なりの観察点を持ち，患者を見る目の幅がつく】【患者と心情的な距離の近づき】【家族と関わり，家族の気持ちに近づく】【基本的看護の大切さを感じる】【余裕を持った関わりができる】【患者の変化から導かれた肯定的感情】【持続している困難な状況】の８カテゴリーが導かれた．

変化の影響要因には，【同僚看護師の支えと分かち合い】【家族からの評価】【患者の変化や状況の多様性に気づくことの学び】【私生活と看護実践で得られた自己の立場の明確化と視野の広がり】【人の死や尊厳に対する社会の変化】【患者と関わりを持ち続けるための自分への喚起】の６カテゴリーが導かれた．

以上から，遷延性意識障害患者を看護し続けた看護師は専門性が成熟し卓越した看護を実践する段階にあったが，現在も困難を抱えており支援の必要性が示唆された．

Ⅰ．序　　論

遷延性意識障害に対する有効な治療法は今だ確立していないなかで，看護の分野に於いては遷延性意識障害に対する考え方が時代とともに変化してきている．かつては，患者の生命維持や身体機能の調整が看護に期待されてきたが[1]，1991年に紙屋は，「重複生活行動障害者」という患者の捉え方を提唱した．それは発声器，消化器などの臓器障害がないにも拘らず，会話によるコミュニケーションが成立せず，経口摂取や排泄など自力で行うことができない生活上の障害を併せ持つ人という患者の捉え方であり，遷延性意識障害のある患者の看護に影響を与えた[2]．その結果，看護師による積極的な意識レベルの改善への取り組み[3),4]や，経口摂取，より自然な排泄援助など患者の生活行動に関する研究[5-8]が多数報告されてきた．

しかし，遷延性意識障害のある患者の看護は，意識レベルの改善や生活行動の再構築などに於いて，看護の成果を得るには多大な時間を要し，その評価を患者の反応から得ることは困難なことが多い．武村ら[9]は看護師が「よい看護」を実践したと実感できる重要な要素には，患者が提供された看護の意味を認め，評価してくれる状態があると報告している．しかし，このような状態を評価できない意識障害のある患者を看護する看護師に対しては，別の経路からの肯定的評価を与える必要があると述べている．経験の浅い看護師にとっては，患者と言語的コミュニケーションが取りにくい状況に加えて，患者の微小な変化を見逃さず受けとめることができる観察力と感受性，状態を分析するアセスメント能力など求められるスキルが多く，難し

＊秋田県立脳血管研究センター看護部
＊＊秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻基礎看護学分野

Key Words:　遷延性意識障害患者
看護師の経験
困難さ

Akita University

さがより助長されていると推測される．経験の浅い看護師がこのような多くの困難を抱えながら実践する遷延性意識障害のある患者の看護を継続していくためには，その領域で豊富な経験を持つ看護師の存在は重要である．

川本ら[10]が看護師の遷延性意識障害のある患者をケアする特異的なケア意欲の源泉を明らかにしたものがある．しかし，この研究では，遷延性意識障害のある患者の看護を継続してきている看護師一人ひとりに焦点をあて，看護実践の中でどのような経験をし，どのような困難に遭遇し，どう変化したのかは明らかにされていない．看護師が看護を継続してきた中での具体的な経験を言語化し，共有していくことは，困難に直面したときの方向付けとして役立てることができ，経験の浅い看護師が看護を継続していくための支援となると考える．

そこで本研究では，遷延性意識障害のある患者を看護し続ける看護師の経験に焦点をあて，看護実践の中で経験した困難な状況と，その状況がどのように変化したか，そのような変化には何が影響しているのかを探求することにした．

Ⅱ．研究目的

遷延性意識障害のある患者を看護し続ける看護師が，これまでに経験した困難な状況と，その状況がどのように変化したか，そのような変化には何が影響しているのかを記述することを目的とした．

Ⅲ．用語の定義

遷延性意識障害のある患者の看護

重症な脳神経血管障害後に，意識障害が長期化し言語的コミュニケーションが成立せず，歩行，食事，排泄などの生活行動を自分でできない患者の看護とする．

経験

看護実践を通して意識化された事柄とする．

Ⅳ．研究方法

１．研究参加者

脳神経疾患の専門病院に勤務し，遷延性意識障害のある患者の看護を５年以上実践し研究の趣旨に同意が得られ，研究期間内にインタビューが可能であった看護師６名とした．本研究では，経験年数５年程度で基本的な看護実践能力が身につく[11]という研究結果を参考に，遷延性意識障害のある患者を看護し続ける看護師の多様な経験を明らかにしたいと考えたため，遷延性意識障害患者の看護を５年以上実践している看護師を研究参加者とした．

２．研究デザイン

半構成的インタビュー法を用いた質的記述的研究を行った．

３．データ収集法

データ収集は，2008年８月から2008年９月に行った．

データ収集にはインタビューガイドを作成し，半構成的面接法を用いて行った．主なインタビュー内容は，①これまでの遷延性意識障害患者の看護を通して困難と感じた状況，②どのように困難な状況に対して対処してきたか，③現在はどのような状況に変化したか，④現在，困難に感じていることはどのような状況か，⑤状況に変化があったときには何が影響したのかであった．

インタビューの場は，参加者の所属する医療施設の管理者の承諾を得て，施設内の静かな環境である個室で行なった．インタビュー時間は平均39.8±6.8（SD）分であった．得られたインタビュー内容はICレコーダーに録音し，即日に逐語録に記録した．

４．分析方法

1）研究参加者ごとにインタビュー内容を逐語録として記録した．

2）研究参加者一人ひとりの逐語録を繰り返し読み，遷延性意識障害のある患者を初めて看護した時から現在までにどのような困難な状況があったか，困難への対応はどのように変化したか，対応の変化に影響した要因はどのようなことかについて文脈単位で抽出した．

3）研究参加者一人ひとりのデータから，抽出した内容をコード化した．

4）研究参加者全員のコードについて，時間経過に沿って「最初の頃の困難な状況」，「現在の状況」，「変化に影響を与えた要因」に分類整理し，カテゴリー化した．

5）最初の頃の困難な状況，現在の状況，変化に影響を与えた要因のカテゴリーを整理し内容を検討した．

なお，研究の質を確保するため，質的研究を専門とする研究者から研究計画書及びデータ分析においてコード化，分類の適切さについてスーパービジョンを受けた．

Akita University

5．倫理的配慮

本研究は，秋田大学医学部倫理委員会（平成20年７月25日承認）ならびに研究参加者の所属する医療施設の倫理審査委員会の承諾を受けて実施した．研究参加者には，研究の趣旨および面接内容をICレコーダーに録音すること，結果の公表においてはデータを匿名化し研究参加者が特定できないようにすること，研究の参加は自由であり，不参加，中途辞退においても何ら不利益はないことを口頭と書面で説明し，同意を得て行った．なお録音音声は24時間以内に逐語録に記録し，音声は消去すること，逐語録は厳重管理を行うことを約束した．

Ⅴ．結　　果

本研究における研究参加者は６名で全員女性であった．平均年齢は42.7±6.8（SD）歳で，臨床経験平均年数は20.2±6.9（SD）年であった．また，遷延性意識障害のある患者の看護を初めて経験した時の看護師としての経験年数は，看護基礎教育修了後すぐに携わった者が３名，その他の看護師は経験２年～11年を有していた．

以下に，カテゴリーを【　】，コードを〈　〉，参加者の語りを「　」を用いて引用しながら，各カテゴリーを説明していく．

1．最初の頃の困難な状況（表１）

1)【仕事をこなすことに精一杯】

看護師は病棟に配属されると，病態生理に関しての知識や，病棟独自の業務手順など〈*覚えることが多い*〉状況にあった．仕事については，「最初の頃は仕事を流れ作業のようにやっていて，ただ仕事に流されていた」と〈*ただ仕事に流されていた*〉という状況があった．また，仕事の最中は，「若い頃って無我夢中で可哀想とかも感じなかったですね．与えられた仕事，これとこれって，こなさなきゃいけないということで精一杯でした」と〈*こなさなきゃいけない感覚の強さ*〉に翻弄されていた．このような状態で「患者さんをどう思うかというよりも，仕事を覚えることに一生懸命になっていた」と〈*仕事を覚えることに一生懸命*〉という状況があった．

2)【患者の状態を捉えることが難しい】

遷延性意識障害のある患者を看護するようになった最初の頃は，「どういう状態なのかということもよくわからないし，なんでこんなふうになっているのか病態生理もわからなかった」と〈*患者がどういう状態かわからない*〉状況にあった．また，返事や反応が無いために，「患者さんが何をして欲しいかこちらでわからないので，毎日同じことをやっている」と〈*何をして欲しいかわからない*〉という気持ちが付き纏っていた．患者を観察する時には，「最初の頃は患者さんだけ，その状況だけしか見ていなかった」と〈*患者を概略的・表面的に見る*〉という状況があった．また「患者さんのSPO_2が急に下がって，その人は痰の絡みがなくても結構痰が溜まっている人で，そのあたりを把握してなかった」と〈*情報不足と観察不足*〉を感じている状況があった．その結果モニターの数値のみで判断し「患者さんが頻脈になるとすぐ報告して，(中略) でも結局便とかだったり，(中略) 訴えることができる人は便とか言えるのに」と〈*数値に囚われる*〉状況があった．また，「最初の頃は，表情や顔色を見ていてもいいのか，悪いのか評価できなかった．前の勤務の人と比べて何が違うのか，その違いがわからなくて漠然としか見ていなかった」と〈*変化の捉え方がわからない*〉という状況があった．また，自分で患者を観察しても，「最初の頃は，状態のよくわかる看護師に伝えたり，自分で考えることはあまりできなかった」と患者の状態を〈*自分で判断して伝えることができない*〉という状況があった．

3)【人として親しみが湧かない】

看護師は，患者の姿を「体も拘縮していて，目の動きがあれば良い方，片手・指先の動きがあれば良い方とかで，なんか別の人間，その人の人格とか無くなったような，別の人間になってしまったような感覚があった」と〈*患者が人格の無い別の人間になってしまったような感覚*〉を持っていた．また患者からの反応を捉えることができず「返事をしなくて」と患者を人間として見ることができずに〈*患者が物みたいな気がした*〉と感じていた．それゆえ〈*人間としてみていたかどうかはっきりしない*〉と患者を一人の感情を持ち存在する人間としてみていたかすら，記憶に刻まれていない状況があった．看護師には，「反応が無い分，患者さんの思いが見えないので，仕事が義務的だったり，感情移入できなかったりが前はありましたね」と〈*義務的で感情移入できない仕事*〉をしている状況があった．

Akita University

4)【返事や反応が無いことによる否定的感情】

看護師は患者に対して，話すことができる患者と同様に挨拶をしていたが，「挨拶はしていたけど，天気の話しくらいはできても，会話は進まないですよね．確かに相手は返してこないので」と〈*形式的な挨拶はする*〉という状況があった．そして，返事がない状況が続くと〈*反応が返ってこない虚しさ*〉や，〈*意識障害があることへの戸惑い*〉を感じていた．会話を通して患者自身のことや思いを知ることができない状況は，看護師が「その人を知らないから怖い」と〈*その人を知らないから怖い*〉という状況をもたらしていた．さらに「何日間か繰り返して，話しかけても返ってこない体験をした時がありました．その時はすごく憤りを感じて，何のためにやっているのかと感じた時がありましたね」と〈*反応がなく何のために看護しているのかという憤り*〉を感じていた．このような状況の中で看護師は，「慣れない看護師に看護されると患者さんの状態が変わることがあって，自分が担当して調子が悪くなった時って何が至らなかったのって思うことが多々あった．言葉では返事できないけど，反応が体で返ってくる」と患者の状態の変化が自分の未熟な看護の結果だと自分を責め，悩むような〈*慣れない手つきの看護の反応が言葉ではなく体の変調で返ってくることへの戸惑い*〉を感じていた．

5)【患者・家族との関わり方や生死との向き合い方がわからない】

人工呼吸器を装着していた患者を看護した看護師は，「初めて人工呼吸器をつけている患者さんを見た時は怖いなという印象がありましたね．怖くてどんなふうに手をかけたらいいのかという不安がありましたね」と〈*怖くてどう手をかけたらよいかわからない*〉という状況があった．また，患者の家族との関係においても，「家族と深く関わらない分，トラブルはないし，声かけはしなきゃいけないと思って，声はかけていましたけど」や「患者さんの家族から，変化のない患者さんを家族も見ているわけですから，病気のことを聞かれた時や不安を訴えてきた時にどう答えてよいのかわからないことがあった」と〈*家族とどう向き合うかわからない*〉という状況があった．

6)【理想と現実のギャップ】

看護師は，現実の臨床を目の当たりにし，ギャッ

表1　最初の頃の困難な状況

カテゴリー	コ　ー　ド
仕事をこなすことに精一杯	覚えることが多い ただ仕事に流されていた こなさなきゃいけないという感覚の強さ 仕事を覚えることに一生懸命
患者の状態を捉えることが難しい	患者がどういう状態かわからない 何をして欲しいかわからない 患者を概略的・表面的に見る 情報不足と観察不足 数値に囚われる 変化の捉え方がわからない 自分で判断し伝えることができない
人として親しみが湧かない	患者が人格の無い別の人間になってしまったような感覚 患者が物みたいな気がした 人間としてみていたかどうかはっきりしない 義務的で感情移入できない仕事
返事や反応が無いことによる否定的感情	形式的な挨拶はする 反応が返ってこない虚しさ 意識障害があることへの戸惑い その人を知らないから怖い 反応がなく何のために看護しているのかという憤り 慣れない手つきの看護の反応が言葉ではなく体の変調で返ってくることへの戸惑い
患者・家族との関わり方や生死との向き合い方がわからない	怖くてどう手をかけたらよいかわからない 家族とどう向き合うかわからない
理想と現実のギャップ	学生の頃に習った理想と現実のギャップに慣れない

Akita University

プがあることは頭では理解していても「学生の頃に習ったことと現実のギャップに初め慣れなくて，処置とかする時にカーテンをしていなかったりしてびっくりした」と語り，現実の場面では限られた人数の看護師で働き，患者のプライバシーの保護よりも状況によっては周りの患者の安全確認も同時に行わなければいけないことがあり，〈*学生の頃に習った理想と現実のギャップに慣れない*〉状況があった．

2．現在の状況（表2）

1）【責任を果す】

看護師は看護を継続して行う中で「何かあると責任感じますね．前よりも．自分の立場も考えると．今になっても患者さんのすべてをわかって接していない時もあるので，何かあった時は小さなことでも責任感じますね」〈*患者への責任を前より感じる*〉というように看護の責任を認識していた．その責任感から「今はおかしいと感じたら先輩看護師に伝えるようにしています．医師にも伝えるようにしている．バイタルサインとかデータはあまり変化ないけど，何かおかしいというあたりは」と〈*医師や他の看護師に情報を伝える義務がある*〉と認識していた．また，「本当は動かされたくないんじゃないか，吸引されたくないんじゃないかと思う気持ちはありますが，それを抑えてやってます．(中略) 患者さんのことがわからない気持ちと合併症予防でやらなければいけないこと，私の中では五分五分ですけど，どっちも譲れない状況が看護の中にはあると思うんです」とジレンマを感じつつも，〈*患者の気持ちを考えてもなお譲れない看護がある*〉状況があった．そして，「コミュニケーションが無くても話しかける．何かする時に声かけてやるっていうのは最初の頃からしていたけどね．いきなりやるっていうのはそれこそ押し付けですよね．それはしたくないから」や「やるべきことが一杯あるんですけど，その中でも優先順位があって，その人にとって今一番何をすべきかを考えながらやらなければいけない．若い時は，やるべきこと全部やるってことしかできなかった」と毎日繰り返される看護の中に〈*良い看護の追求*〉があった．さらに様々な患者を見てくることで，「患者さんの死はつらいことだから，そんな中で良くなってくる人を見るってことは，看護を続けていく上で貴重ですね．だから可能性も捨てちゃいけないと思う」と〈*あきらめない*〉姿があった．

2）【自分なりの観察点を持ち，患者を見る目の幅がつく】

経験を重ねた看護師は過去の事例からの学びを通じて，「今はおしっことか便出るかなって，心臓に既往があればちょっとしたことで心電図に出るから，まず看護師の視点で生活面とか生理的なことを確かめてから報告するようになった」や「全体を見れば何となくわかる．うまく言えないが表情や顔色とか自分の観察で感じれる」と〈*自分なりの観察点が持てる*〉状況となっていた．時には「今は誰かの傍にいっても，周りでも何か言いたそうにしている人がわかって，若い時とは違った感覚で患者さんを見ているのかな」と〈*何か言いたそうにしているのがわかる*〉という感覚が生まれていた．また，患者を時間の流れの中で捉えることができるようになり，「褥瘡対策をしていて，それまで気にしていなかったことが，だんだん見えるようになってきた．シーツの皺とか枕の位置とかそういうのが大事とわかってきた」と先の状態を見越して看護する〈*変化を見通して考える*〉状況があった．看護師の観察という行為は，経験を重ねるうちに，「その人の個人的な看護ということで，病状の経過だけじゃなくて家族とか背景とかトータル的に考えられるようになってきた」や「35歳過ぎくらいかな，いろんな経験が重なってきて，自分の経験もだし，人の経験を見たりして，いろんな視点から見れるようになった」と〈*患者を見る目の幅がつく*〉状況となっていた．このような状態は看護に対する姿勢にも影響を与え，「吸引したり何か処置をして，ちょっとした変化があったりするんですね．そういうところを見逃さず観察する目も大事」や「ちょっとした小さなサインは見逃さないようにしないと．本当に小さな変化からどんどん良くなって，最後は口から食べたりというのも何人も見てきた」と患者の小さな変化が患者の状態を変えていくきっかけとなることを経験し，〈*ちょっとした変化を見逃さない*〉という患者の変化を敏感に感じとれる状況になっていた．

3）【患者との心情的な距離の近づき】

看護師は経験を重ねることで，「患者さんが少しずつ小さくなっていくのを見るとつらいなって感じますね．最初の頃は多分，ただ感情的に思っていたけど，今はその人の背景とか，もうちょっと深く感じれる」や「返事は返ってこないけど，話しかけるようにと教わるし，繰り返していると

Akita University

なんか愛情みたいなものが出てくる」と〈*患者に愛情や同情が湧く*〉状況に変化していた．また，看護を通して「自分の思いを伝えることができないところの気持ちをくみ取る，そのために声かけしているし，自分でできないことを援助していかなきゃいけないし．患者さんの思いをわかってあげることが大事かなと思う」と〈*患者の気持ちをくみ取る*〉ということを大事にしていた．そして，「やっぱり一人の人間として向き合っていますので変わらないですね，普通の患者さんと．普通に話している患者さんと変わりないです」や「障害が治らないということで人権をどのように尊重していけばいいのか，(中略) リハビリテーション科も経験して，意識障害であれ運動障害であれ，障害を持つ人ということを考えるようになりましたね」と〈*一人の人間として患者と向き合う*〉状況に変化していた．その結果，〈*戸惑いがなくなる*〉状況へと変わっていた．

4)【家族と関わり，家族の気持ちに近づく】

看護師は経験を重ねることで，「今は自分の方から話しますけど．それも経験だと思うんです．年を取ると度胸が据わるというか何を聞かれても答えられるというのがある」と〈*自分から家族と関わる*〉状況があった．また，家族を見ているうちに，「家族はすごく患者のことを見ているし，家族の意見は絶対無視してはいけない．家族が満足できる看護は必要かな」と〈*家族を尊重できる*〉状態となっていた．そして家族と看護師の思いには差があることを経験から知り，「熱心に面会に来る家族がいて，長くなっているから家族はいろんなこと覚悟しているのかなって思っていたけど，そうでもないときがあって，状態が変化すればものすごく動揺して．そういったことに気づくまで時間がかかりました」と様々な場面から家族の気持ちを察するようになり〈*家族の気持ちに気づける*〉状況へと変化していた．また，「家族と話しをして，どういう趣味があって，仕事は何を頑張ってきてとか，そういうことを知って考えるようになりました．そういうことを知って患者さんを尊重できるようになる」と〈*家族を通して患者を知る*〉というように家族を重要な存在として位置づけていた．

さらに，「どれだけ変化を見つけて伝えることができるか，一緒にいる時間は私たちの方が多くて，変化を伝えるということは，私たちの義務じゃないかな．(中略) 家族はそれを期待してくるし，一緒の気持ちで関わればいいと思う」や，「家族にも今の正しい知識を提供しなきゃと思う」と〈*家族に情報を提供する*〉ことを意識していた．

また，「病気のことは直接先生と話ができるように調整したりして」と〈*家族と医師の間をつなぐ*〉ことが行われていた．

5)【基本的な看護の大切さを感じる】

遷延性意識障害のある患者の看護は生活の援助のために毎日こつこつと積み上げられていく熟練した看護技術が必要となる．看護師は「意識障害患者の看護って基本だなと感じる」と〈*意識障害患者の看護は看護の基本と感じる*〉状況にまで変化していた．そして，清潔・排泄といった基本的な援助の重要性を経験から知り，「望まれることが正常な呼吸だったりすると，そんな中で何ができるかっていうと見た目だけはきれいにしようとか，苦しまないようにとか．栄養とか排泄とか基本的なことをきちんとしていれば，見た目が汚れないと思うし」や「保清とか基本的なことなんですけど，そのあたりにケアのあり方が見えるんじゃないかなって思います」と〈*基本的な看護が大切*〉と感じている状況があった．

6)【余裕を持った関わりができる】

看護師は，「決まったこと，やるべきこと以外のこともできるようになった感じ．例えば寝ている患者さんの手の位置がどうかとか，苦しくないかとか，表情を見たり，暑いんじゃないか，寒いんじゃないかって体に触りながら汗の状態見たりとかできるようになってきた」と〈*気持ちの余裕*〉を持って患者と関わることができていた．そして，「意識障害の患者さんを見ても，そこにいろんな発想を持って関われる余裕，遊んでいるわけではないんだけど，仕事とか会話の中には笑いがなければやっていけないかな」と〈*ユーモアを持って患者と関わる*〉余裕もあった．

7)【患者の変化から導かれた肯定的感情】

看護師は，「患者さんのちょっとした変化なんですけど，清拭したりして偶然かもしれないけど声を出した時とか，気持ちよさそうな顔を見た時とか，ちょっとしたことがうれしい」と〈*患者のちょっとした変化がうれしい*〉という感情を持つように変化していた．また，経験を重ねることで，「この人変わる可能性あるとかわかってきて，だんだん経過が見えてきたし，どこで区切るかは

Akita University

わからないけど，そういう楽しさも見つけられるようになってきた」と〈*患者のちょっとした変化にやりがいを感じる*〉ようになっていた．そして看護師は患者の微小な変化を見つけることができた自分に対して「悪い状態ながらもケアの反応がちょっとでもあったりすると喜びですよね．言葉でなくてもちょっとした反応，何かしら反応しているんですよ．それがわかってくることがうれしい」と〈*変化がわかることがうれしい*〉という，肯定的感情を抱いていた．

8)【持続している困難な状況】

遷延性意識障害のある患者の看護は，経験を重ね，患者の状態の変化を見つけることができるようになってもなお，患者の言葉や反応から看護の評価を受けることが困難な状況にあることは変わりない．それゆえ，「難しいです．患者さんの訴えが見えないから，本当にこれでいいのかっていうことの答えが出ないで．自分の判断で，何でもやっていかなければならないから」と〈*本当に良いのかという迷い*〉が今なお存在していた．また，「意識障害の患者さんなのでこれで効果が現れたっていうのが目に見えにくいので，やりがいとか，あまり期待できないんじゃないかなっていうのも正直ある」と〈*変化の無さに虚しさを感じる*〉こともあった．そして心底では，「私にも理想の看護があって，もっと刺激を与えていきたいと考えても，実際の業務の中ではなかなかできなかったり，理想と現実の間で悩むことがある」と今なお，〈*理想と現実のギャップ*〉に悩まされていた．また，「何か，その状況にゆっくり付き合っている時間的余裕がない．周りの全体の業務状況が見えているぶんね」と〈*時間的余裕がない*〉ことを認識していた．

表2　現在の状況

カテゴリー	コ　ー　ド
責任を果す	患者への責任を前より感じる 医師や他の看護師に情報を伝える義務がある 患者の気持ちを考えてもなお譲れない看護がある 良い看護の追求 あきらめない
自分なりの観察点を持ち，患者を見る目の幅がつく	自分なりの観察点が持てる 何か言いたそうにしているのがわかる 変化を見通して考える 異常がわかる 患者を見る目の幅がつく ちょっとした変化を見逃さない
患者との心情的な距離の近づき	患者に愛情や同情が湧く 患者の気持ちをくみ取る 一人の人間として患者と向き合う 戸惑いがなくなる
家族と関わり，家族の気持ちに近づく	自分から家族と関わる 家族を尊重できる 家族の気持ちに気づける 家族を通して患者を知る 家族に情報を提供する 家族と医師の間をつなぐ
基本的な看護の大切さを感じる	意識障害患者の看護は看護の基本と感じる 基本的看護が大切
余裕を持った関わりができる	気持ちの余裕 ユーモアを持って患者と関わる
患者の変化から導かれた肯定的感情	患者のちょっとした変化がうれしい 患者のちょっとした変化にやりがいを感じる 変化がわかることがうれしい
持続している困難な状況	本当に良いのかという迷い 変化の無さに虚しさを感じる 理想と現実のギャップ 時間的余裕がない

Akita University

3．看護の変化に影響を与えた要因（表3）

1）【同僚看護師の支えと分かち合い】

ある看護師は，経験2年目の頃，「同期の看護師に言われたことがあって，流動食の10分くらい前にネブライザーをやってしまったんですが，その看護師が『ご飯前にやられると嫌でしょ』と言うんです．そのとき私は患者さんの気持ちを全然考えていないと感じて．それから患者さんの気持ちを大事にしています」と〈*同期の看護師と自分との比較*〉をすることで，自分の看護を顧み，その後の看護に影響を受けていた．また，「叱ってくれる先輩がいた」や「先輩看護師に聞きながら，それがいいのか悪い状態なのか，何でも聞きながらやってきた」と語るように，先輩看護師に依存しながらも，「いろんな細かいことも先輩方から教わりながら，大事なことだったなって感じられる」と〈*先輩看護師の支え*〉が必要であった．そして，「変化が見えたとき，一人じゃ大変なので，みんなに情報提供してみんな認めれば協力してくれるし，中にはどうかなって思う人もいるんだろうけど，みんなでやるようにしている．みんなでやれば分かち合えるし」と〈*チームで分かち合う*〉ことが看護の変化に影響を与えていた．

2）【家族からの評価】

これは，「患者さんの家族に最後に可哀想だったといわれないようにする」や「褥瘡とかは，死に近い患者さんでもいい方向に向かっているときがあって，家族からよかったって言われることは何回かあります．そういうことはやりがいに繋がりますね」と語る状況から導かれた．

3）【患者の変化や状況の多様性に気づくことの学び】

看護師は遷延性意識障害のある患者の看護に関する講演会や文献から，「そういった患者さんでもどんどん変化するとか，いろんなサイン見逃さないでっていうのを聞いた」と看護のあり方を学び〈*意識障害患者の変化やサインを見る大切さの気づき*〉が看護に影響を与えていた．また，「いろんな状況にある人からいろんなことを教わって，看護の理論だけで押していくわけにもいかない，習ってきたけど現実はというと，それを押し付けることはできない．理に適っていることも，家族が望まなければできないし，(中略) 引かなければならないこともあったし」と〈*患者からの状況の多様性の学び*〉が看護に影響を与えていた．

4）【私生活と看護実践によって得られた自己の立場の明確化と視野の広がり】

看護師は「子育てしてきて弱い立場になった時の感情的な部分はわかる」や，「家族の死を経験して，身内がそういうことになる経験が少しずつ影響している」と〈*患者や家族の心情を推し量ることができるような私生活の変化*〉が看護に変化をもたらし，弱い立場に置かれがちな患者や，苦難を抱えた家族との関わりに影響を与えていた．また，「スタッフを教育していく立場になって(中略)スタッフの評価とかやらなければいけなくて，こういう経験をしたことは大きい」と〈*看護を実践する自分の立場の明確化*〉が，自分の看護を顧みる機会となり，看護に影響を与えていた．さらに「リハビリテーション科に移って，環境が変わって，今までより広い目で見れるようになった」と〈*配置転換により視野の広がりを得る*〉ことが看護に影響を与えていた．

5）【人の死や尊厳に対する社会の変化】

看護師は，「ここ何年かで，患者さんというのは原因がないと亡くならないって感じが出てきて，そのあたりも追求されるようになってきた」や「観察が必要ということは前から言われていることだけど，15年くらい前とは社会的にも色々変わってきたと思う」と〈*死の捉え方の変化*〉を感じ，より責任を感じるようになっていた．さらに，〈*社会の医療への関心の高まり*〉が看護に影響を与えていた．

6）【患者と関わりを持ち続けるための自分への喚起】

返事が返ってこない患者に話しかける看護師は，「自分が元気でないと患者さんを見れないというのはすごく感じましたね．疲れていると話しかける気持ちもなくなる．状態が慢性化するとそういうのが出てくるから」と〈*自分が元気でいる*〉という対処をしていた．さらには，「自分で広げて，反応を返していく」と話しかけても返答がない時，自分で想像して自分で返事をするという〈*自分で反応を返す*〉という状況があった．また，「人間としてのユーモアがないと自分が関わっていられない」や「意識障害の患者さんを見ても，ちょっとおかしい反応をした時，ユーモアで返せる余裕，遊んでいるわけではないんだけど，仕事

Akita University

表3　影響要因

カテゴリー	コ　ー　ド
同僚看護師の支えと分かち合い	同期の看護師と自分との比較 先輩看護師の支え チームで分かち合う
家族からの評価	家族からの評価
患者の変化や状況の多様性に気づくことの学び	意識障害患者の変化やサインを見る大切さの気づき 患者の状況からの多様性の学び
私生活と看護実践によって得られた 自己の立場の明確化と視野の広がり	患者や家族の心情を推し量ることができるような私生活の変化 看護を実践する自分の立場の明確化 配置転換により視野の広がりを得る
人の死や尊厳に対する社会の変化	死の捉え方の変化 社会の医療への関心の高まり
患者と関わりを持ち続けるための自分への喚起	自分が元気でいる 自分で反応を返す 人間としてのユーモアを持つ 理想を持ち続ける

と会話の中には笑いがなければやっていけないかな」と〈*人間としてのユーモアを持つ*〉という対処をしていた．そして現実とのギャップに悩みながらも，「理想を持つ気持ちは持っていようと思う」と〈*理想を持ち続ける*〉気持ちを大事にし，自分を喚起させていた．

Ⅵ．考　　察

1．遷延性意識障害のある患者を看護した最初の頃の困難な状況について

本研究に参加した看護師は，遷延性意識障害のある患者の看護に看護基礎教育修了後すぐに携わった看護師から10年以上の臨床経験を持つ看護師とその背景は多様であった．一般的に新卒看護師は，学生時代に思い浮かべていた看護師像と現実とのギャップ，いわゆるリアリティショックを少なからず受けている．だが本研究においては，新卒看護師以外の臨床経験のある看護師でさえも，遷延性意識障害のある患者を看護した最初の頃には，【理想と現実のギャップ】を感じている状況が見出された．また，【仕事をこなすことに精一杯】というように与えられた仕事をこなしていくという状況があった．これは，病棟に配属された当初の看護師は，患者を看護していくというより，むしろ業務をこなしていくという感覚を持っていたと推測される．そして，リアリティショックや仕事を覚えることなどの困難な状況に加えて，患者からの反応が得にくいという遷延性意識障害の特徴から起因したと考えられる【患者の状態を捉えることが難しい】【人として親しみが湧かない】【返事や反応が無いことによる否定的感情】という困難な状況も認識していた．これは患者に関心が至っても，遷延性意識障害があるという患者の状態に対して戸惑いを感じている状況であると考えられる．さらに，【患者・家族との関わり方や生死との向き合い方がわからない】という状況は，遷延性意識障害により，言語的コミュニケーションが困難であるために，何からどう手をかけたらよいのか自分ひとりで判断ができず，またどのような関わりをしたらよいのかわからない不安もあった．これらの困難な状況は，新卒看護師だけではなく，臨床経験のある看護師であっても，遷延性意識障害のある患者の看護の経験不足が起因しているものと考えられる．

2．現在の状況について

本研究の参加者は，遷延性意識障害のある患者の看護を約20年前後経験してきていた．そのような看護師が語る現在の看護の中には，【責任を果す】【自分なりの観察点を持ち，患者を見る目の幅がつく】【患者との心情的な距離の近づき】【家族と関わり，家族の気持ちに近づく】【基本的看護の大切さを感じる】【余裕を持った関わりができる】【患者の変化から導かれた肯定的感情】という遷延性意識障害のある患者を看護するようになった最初の頃と比較して，看護師として成長してきている状況が見出された．しかし，患者に行う看護行為が本当に患者が望んでいるのかと悩んだり，変化の無い患者に対して虚しさを感じるなど，今なお【持続している困難な状況】も見出された．

看護を継続してきた看護師は，看護の責務ということを考え出し，看護師として譲れない看護の実践など【責任を果す】という状況があった．これは，患者や家族との関係の変化や，経験を重ねることで知る看護の重要性の認識から生じた状況と考えられる．

Akita University

また看護師は，反応が得にくい遷延性意識障害のある患者を看護し続けていく過程で，【患者の状態を捉えることが難しい】という最初の頃の状況から，【自分なりの観察点を持ち，患者を見る目の幅がつく】という状況に変化してきている．これは，患者の病態の理解とともに看護の経験を重ねることで，患者の何を見るべきかがわかり，それは非常に微小な変化であったり，自分だけが感じる感覚であったりするのであるが，自分なりの観察点を持つことで，患者の状態を捉えることができるようになったと考えられる．

そして看護師が自分の過去の情報不足や観察不足と感じた苦い経験は，長い時間をかけて患者を見ていくことで，「全体を見れば何となくわかる」という状況に変化している．渡辺[12]は，バイタルサインや検査結果は変化がないのだが，看護師が患者の状態を「何か変」と察知するということは，今までの患者と現実の患者を比較し，その違いを察知することであり，そのためには経験が必要となると述べている．つまり患者の状態を観察したその一時で捉えるのではなく，過去から未来へと時間の流れの中で捉えることが必要となるということである．Benner[13]は，看護師の技能が熟練していく過程において，看護師は経験に基づいて，患者の全体を認識することができるようになると述べている．本研究においても，経験を重ねてきた看護師の語りから，看護師として成長していく過程の中で，「全体を見れば何となくわかる」と語るように同じような特徴的な状態が確認できた．

看護師はまた，看護を継続していく中で，【患者との心情的な距離の近づき】を認識していた．他から見れば，看護師からの一方的な会話と淡々と看護行為が行われているように映りがちな，遷延性意識障害のある患者の看護の空間には，「小さくなっていく患者をみるとつらい」と感じるような情や，一人の人間として向き合っているという関係性が構築されている状況があった．Henderson[14]は，「観察技術は看護で使われている他の技術と同じく，知識，関心，注意，ナースが患者の立場に身を置くことができるようにする共感に基礎をおいている」と述べている．つまり，患者を観察するためには，患者に共感できることが前提となるのである．

自分の言葉で自分を語ることのない遷延性意識障害のある患者を看護する看護師は，経験を重ねることで，患者のみならず，いつも患者の傍らにいる家族へも配慮した行動をとる【家族と関わり，家族の気持ちに気づく】状況が認められた．最初の頃は，家族にどう対応したらよいのかわからない状況があった．しかし，家族が患者に一生懸命話しかけている姿を見ることで，「家族の意見は絶対無視してはいけない」と感じるようになり，家族の気持ちを尊重した対応ができるようになっていた．また，看護師と患者の家族では患者の見え方に違いがあることに気づくことができるようにもなっていた．そして，家族が教えてくれる患者のこれまでの生き方や人となりによって，より患者に近づいた看護を経験した結果であると推測される．

遷延性意識障害のある患者の看護は，救命という大きな使命と高度医療の中で展開されてきた急性期を乗り越えた先にある看護である．しかし，遷延性意識障害の治療法が確立されていない中で，患者は看護の力によって生きているといっても過言ではないであろう．肺合併症，尿路感染，褥瘡といった合併症を予防していくことは看護のひとつの成果であり，これらは，観察，体位変換，喀痰吸引，清潔の保持，排泄の援助，安楽の工夫などといった基本的看護によって成り立っている．本研究に参加した看護師は，「保清など基本的な援助にケアのあり方が見えるんじゃないか」と語っている．吉田[15]は，看護師には，診療の介助や患者の心理面への援助が日常生活行動の援助よりも，価値あるものとして受けとめられているのでないかと危惧し，日常生活行動の援助を些細なこと，あたりまえのことと無意識に行っていることは，患者を傷つけることになると述べている．だが，【基本的な看護の大切さを感じる】という遷延性意識障害のある患者を看護している看護師は，基本的な日常生活援助に自分たちが行う看護の価値を見出していると考えることができる．体位変換，毎日の全身清拭などは，決して決められた援助ではなく，看護師が自分の手で触れることでわかる患者の皮膚温や汗の状態，体位変換で感じる患者の重さ，汚れてきた頭髪でいる姿を他者に見られる患者のつらさなど，日常生活援助を通して患者の状態を観察することは，より患者の状態に応じた看護が展開されていく一つのきっかけであり，始まりなのである．

【余裕を持った関わりができる】であるが，看護師は経験を重ねることで物事のパターンを学んでいく．本研究では，最初の頃は【仕事をこなすことに精一杯】という状況があったが，「決まったこと，やるべきこと以外のこともできるようになった」と語るように，経験を重ねることで，仕事の流れや手順が身に付き，いわば，ルーティン・ワークが一人でできるようになると，それに伴い気持ちに余裕が持てるように変化したと考えられる．

さらに看護師は，患者のちょっとした変化にうれしさややりがいを感じ，この変化がわかることがうれしいなど，【患者の変化から導かれた肯定的感情】を持っていた．患者の言葉で評価が得にくい状況にある遷延

Akita University

性意識障害のある患者の看護であるが，看護師は患者の変化がわかることに肯定的感情が湧き，そのことが看護のやりがいに繋がっていると考えられる．

武村ら[16]は，よい看護は患者が看護の価値を認めることと述べ，意識障害患者を看護する看護師には，別の経路からの肯定的評価が必要と述べている．本研究において，遷延性意識障害のある患者を看護する看護師にとっては，観察によってわかる患者の変化と，変化を捉えることができた経験が肯定的意味を持つものとなっていることが示唆された．

しかしながら現実には，【持続している困難な状況】があった．患者が言葉で反応を返してこないために，実践している看護を本当に望んでいるのかという迷いがあった．また，すべての患者に明らかな状態の変化があるわけではなく，そういった現実から変化の無さに虚しさを感じるというような感情が認められ，先に述べた肯定的な感情と裏腹に，迷いや，虚しさといった否定的な感情を持ち合わせながら看護が行われていることが明らかになった．

武井[17]は，「人間は，他者との絶え間ない意識的・無意識的な相互交流性コミュニケーションをとおして自己を定義づけていくが，植物状態の患者を看護する看護師は，確かなものとして証明することができない相互コミュニケーションのなかでは，看護師の自己アイデンティティは宙吊り状態にあると」述べている．そのため，本研究で見出された，患者が本当に望んでいるのかという迷いを感じながら看護しているような自己の不確かさを支えていくためには，新人看護師を先輩看護師が支えていくような支援が必要であるように，経験を重ねた看護師に対しても，看護を通して湧き出てきた感情を認め合う場が必要になってくると思われる．

３．看護の変化に影響を与えた要因について

本研究により，遷延性意識障害のある患者の看護に影響を与えた要因として【同僚看護師の支えと分かち合い】【家族からの評価】【患者の変化や状況の多様性に気づくことの学び】【私生活と看護実践によって得られた自己の立場の明確化と視野の広がり】【人の死や尊厳に対する社会の変化】【患者と関わりを持ち続けるための自分への喚起】が導かれた．

遷延性意識障害のある患者を看護する看護師は，同僚の看護師の看護を目の当たりにすることで，自分の看護と比較し自己実現を目指して成長していった．また，先輩看護師から，叱られながらも看護を継承し，その中で基本的な看護の価値を認識していった．そして，一人ではなくチームで関わり，チームで分かち合うことができる【同僚看護師の支えと分かち合い】が看護を継続していく上で影響を与えていたと考えられる．先に述べたように遷延性意識障害のある患者を看護する看護師は，患者から言葉での評価を受けることが困難なゆえに，経験を重ねた看護師であっても行う看護行為に対して不確かさを感じている．したがって，刺激しあい，支え合える関係にある同僚看護師の存在の意味は大きいと考えられる．

そして，患者が言葉で看護行為に対しての評価を表さない分，看護師にとって【家族からの評価】も看護に影響を与えてくる．家族からのよかったという肯定的評価は，看護が認められているというやりがいに繋がってくると考えられる．

また，講演会や文献からの自発的な学びは【患者の変化や状況の多様性に気づくことの学び】であり，新たな知識を持つことだけではなく，同じような経験を持つ看護師の斬新な考え方や熱い思いに影響を受け，自分の看護へ反映されていく．そして，【私生活と看護実践によって得られた自己の立場の明確化と視野の広がり】が看護に影響を与えていた．看護師自身が年齢を重ねていくということは，それに伴い様々な経験をしていくことでもある．子育てや家族の死を経験することで看護師は，「弱い立場になった時の感情的な部分はわかる」と語るように，患者を自然と擁護し，患者や家族の心情を推し量ることができるようになっていったと考えられる．また，指導される立場から指導する立場になるなど，後輩を育てるという新たな役割を持つことによって自分の立場が明確になり，自分の看護のあり方に影響を与えたと考えられる．

さらに看護師は「ここ何年かで，患者さんというのは原因がないと亡くならないって感じが出てきて，そのあたりも追求されるようになってきたし」と語っている．かつては，星野[18]が「治癒が困難な病気は医学の限界ということで，諦めに似た気持ちを誰もが多少は持っていた」と述べるような状況があったが，医療技術の進歩や医療事故の表面化などにより，患者の権利意識が向上したことによる【人の死や尊厳に対する社会の変化】が看護にも影響を与えていた．その結果看護師は，「きちんとしなければいけない」という看護職の責任をより感じる状態となっていた．

そして，患者からの反応が得にくい遷延性意識障害のある患者の看護には，虚しさなどといった否定的感情が存在し続けるということが，本研究で明らかになった．このような感情に対して看護師は自分の力で打破していこうと，いろいろな方策で【患者と関わりを持ち続けるための自分への喚起】を試みていた．元気でいること，人間としてユーモアを持つこと，自分で反

Akita University

応を返す，理想を持ち続けるという対処で自分の「疲れていると話しかける気持ちもなくなる」と語るような困難な状況を打破しようとしていた．このような自分なりの困難に対する切り替え方を持つことができたことも，看護を継続していくことに影響を与えた要因と考えられる．

４．研究の限界と今後の課題

本研究は，遷延性意識障害のある患者の看護を５年以上実践している看護師で脳神経疾患専門病院に勤務する看護師に限定し，継続してきた看護の経験を深く捉えることを目的とし，その結果を一般化することを目的とはしていない．したがって，本研究の結果を直ちに一般化することはできない．また，研究参加者の語りのみを分析しており，実際の看護場面の観察など複数の手法によるデータ収集を行っていないことや，結果について参加者からのチェックを受けていないため，真実性を確保する必要がある．

また本研究では，最初の頃の困難な状況と現在の状況，変化に影響を与えた要因について検討したが，それぞれの関係性や変化のプロセスまでは検討していない．今後は看護がどのように変化していくのか具体的なプロセスを検討していく必要がある．

謝　辞

貴重なお時間をいただき，本研究にご協力いただきました看護師の皆様，お忙しい中ご指導を賜りました北海道医療大学大学院教授平典子先生ならびに秋田大学大学院基礎看護学分野の先生方に心より感謝申し上げます．

本研究は，平成20年度秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻の学位論文を一部加筆修正したものである．

引用文献

1) 紙屋克子：声なき声を聴きながら―意識障害患者のQOL 向上をめざして，臨床看護，32(3)，362-365，2006
2) 林　裕子：意識障害患者の歴史―確かな看護の未来を目ざして―，ブレインナーシング2004年夏季増刊　看護職が担う意識障害患者のケア，44-52，2004
3) 宮西和生，内田和義・他：意識レベルの低い患者に対する意図的タッチングの効果，山口県看護研究学会学術集会プログラム４，39-41，2005
4) 大久保暢子，菱沼典子：遷延性意識障害患者の意識レベル改善を目的とした背面開放座位の効果　弘南スコアの視点，日本看護科学学会学術集会講演集23，325，2003
5) 西村八栄，小野あゆみ・他：遷延性意識障害に対する柚子水を用いた味覚および臭覚刺激の効果，臨床看護，33(9)，1375-1381，2007
6) 福田千草，中村美津・他：遷延性意識障害患者の枕の考察，日本看護学会論文集，成人看護Ⅱ34，332-334，2004
7) 斎藤裕美，安部三鈴・他：食物繊維消化性デキストリンが排便に及ぼす影響（第３報）植物繊維の量の違いによる排便への影響，日本看護学会論文集，成人看護Ⅱ，33，321-323，2003
8) 田方志枝，土橋和子・他：遷延性意識障害患者の嚥下障害に関する一考察　口腔ネラトン法を施行して，日本リハビリテーション看護学会学術大会集録13回，103-105，2001
9) 武村雪絵，菅田勝也：看護者が認識する「よい看護」の要素とその過程，看護研究　34(4)，329-339，2001
10) 川本秀子，藤岡智恵：脳神経病棟に勤務する看護師のケア意欲の源泉―遷延性意識障害患者と脳卒中後遺症患者へのケア意欲の比較―，日本看護学会誌，13　２，39-48，2004
11) 藤原智恵子，中津智津子・他：神戸市看護大学短期大学部卒業生の動向（Ⅱ）第２報　看護職としての成長，神戸市看護大学短期大学部紀要，第24号，2005
12) 渡辺かづみ：臨床看護婦が「何か変」と察知することの意味―患者の状態が変化した12例の分析を通して，看護　54(2)，101-104，2002
13) Benner P．著，井部俊子（訳）：ベナー看護論新訳版初心者から達人へ，医学書院，東京，2005，pp11-32
14) Henderson V．著，荒井蝶子他（訳）：看護の原理と実際〈普及版・第３分冊〉観察・評価と看護婦の役割Ⅰ，メヂカルフレンド社，東京，1981，pp６
15) 吉田みつ子：『ヴァージニア・ヘンダーソン選集―看護に優れるとは』に思う，看護研究，40(5)，469-475，2007
16) 前掲９）
17) 武井麻子：感情と看護―人とのかかわりを職業とすることの意味―，医学書院，東京，2001，pp132
18) 星野一正：医療の倫理，岩波新書，東京，1991，pp22

Akita University

The experience of nurses who continue nursing patients with persistent disturbance of consciousness

Miwako SASAKI* Makiko SASAKI**

*Research Institute for Brain and Blood Vessels-Akita
**Department of Basic Nursing, Akita University Graduate School of Health Science

Abstract

The purpose of this study was to describe the experiences, initial difficulties, present status and factors related to the changes, of the nurses who have nursed patients with persistent disturbance of consciousness for more than five years. The participants were six nurses. The data were collected through semi-structured interviews and a qualitative and inductive analysis of the results.

Six categories were identified regarding the difficulties the nurses faced at the beginning of their careers : "The work can be overwhelming", "It is difficult to determine the state of the patient", "Friendly feelings toward the patient are difficult to develop", "Negative feelings sometimes develop because there are not answers or reactions", "I cannot understand the relationship between the patient and the family and do not understand how to face the life and death of the patient" and "There is a gap between the ideal work and the real experiences".

Eight categories were extracted with regard to the present status : "I have accepted my responsibilities", "I have an independent standard point, and I can think expansively", "I have found ways to connect with a patient", "I associate with the family and am able to understand the feelings of the family", "I feel the importance of the basic nursing", "I have a sense of composure when care for patient", "Positive feelings can arise if the patient improves", and "The difficult situation is still continuing".

And six categories were identified related to the factors associated with the changes : "I am supported by my fellow nurses", "The evaluation from the family", "I have learned to notice a variety of changes and the different situations of the patient", "I can define my position for nurse and wide vision through the experience in my private and occupational life", "I hope to bring about social changes regarding the death and the dignity of the person" and "I arouse a feeling of responsibility to continue having a relationship with the patient".

The nurses who continued nursing patients with persistent disturbance of consciousness were specialized and had matured and the nurses practiced excellent nursing care. However, they still reported having difficulties, and the necessity of additional support was suggested.