

2

中範囲理論の特徴と分類

A

中範囲理論との出会い

筆者と中範囲理論との出会いは、臨床で看護をしていたときの頸髄損傷者との出会いに始まる。看護師が機能訓練を勧めても、「リハビリなんかしなくても明日歩けるようになる」とかたくなに拒否し、顔を片手で覆ってうつうつとしてベッドから出てこない日が続いていた。そんな患者を前に、看護チームは、「私たちが、いくら言ってもあの患者さんはやる気がないから」と手を焼き、無力感を覚えていた。そんなときに出会ったのが、上田の「障害受容の理論」(1980)であった。ショック-否認-混乱(怒り、うらみと悲嘆、抑うつ)-解決への努力-受容の5段階と、受容の本質としての価値転換という考え方を知ったことにより、障害を背負って苦悩している患者の心情が痛いほど理解できた。また、看護チームが自立へのゴールを急ぐばかりに、患者を置き去りにしていたことに気づかされた。

その後、看護チームで学習会を開き、患者の気持ちに寄り添うことから始めたところ、次第に、患者がやり場のない怒りや悲しみを表出してくれるようになった。それに伴い、患者に笑顔が戻り、機能訓練に積極的となり、車椅子での生活を受け入れ、家族と相談のうえりハビリテーション施設に移って生活するという決断ができた。

筆者はこのとき、障害受容の理論が中範囲理論であるとは知るよしもなかったが、看護実践において理論を実践で活用することの意義を強く感じる事ができた。その後、大学の教員となり、大学院生と共に看護理論を学習するようになって、抽象化のレベルで看護理論をメタ理論、大理論、中範囲理論、実践理論と4つに分類していることや、実践や研究での活用が比較的容易な中範囲理論が注目されていることを知った。

B

中範囲理論について

本項では中範囲理論についてマックイーンら (McEwen & Wills, 2006) の文献に基づいて説明する。

1 中範囲理論とは

看護の中範囲理論は抽象度の高い理論(大理論、モデル、概念枠組み)と、より範囲を限定している具体的な理論(実践理論・小範囲理論)の中間に位置するものである。中範囲

圏理論は大理論と比較するとより明確で、使用されている概念も少ない。そして、現実世界のより限定された範囲を扱っている。つまり、概念は比較的具体的で操作可能なように定義されている。命題も比較的具体的で経験的に検証されている (empirically tested)。看護学は知識開発の最終段階として中範囲理論を重視しており、看護実践をサポートするために中範囲理論の開発を必要としている。

2 中範囲理論開発の歴史的要請

1) 歴史的推移

中範囲理論の開発は、看護学の発展から以下の3段階を経て要請されている。

- ①第1段階 (1950～1960年代)：医学との違いを明らかにすることで、看護学を学問として登場させる。
- ②第2段階 (1970～1980年代)：制度的な合法性や学問としての独立を求めた時期。看護独自の見方、学問的に興味ある現象を明らかにする。
- ③第3段階 (1990年代～)：中範囲理論の開発や検証を含んだ実践的知識に注意が向けられている。

2) 中範囲理論が注目される理由

大理論が抽象的すぎるため実践や研究に活用できないという批判から、中範囲理論の開発が支持された。中範囲理論の機能(役割)は、現象の記述、説明、予測することである。大理論とは異なり、明確で検証可能でなければならない。それにより実践に適用でき、研究の枠組みとしても使える。なお、中範囲理論は看護介入を導く可能性があり、看護ケアを促進するために場の状況を変える可能性がある (Morris, 1996)。中範囲理論の主要な役割は、看護科学や看護実践の質的な構成要素を規定したり(明確にしたり)、精練したりすることである (Higgins & Moore, 2000)。

中範囲理論は看護研究の分野で用いられることも増えている。理由は、検証できる仮説を生み出しやすいことと、ある特定の患者集団について注意を向けるということである。看護雑誌の研究論文や博士論文においても、中範囲理論の開発や検証が行われ、調査の枠組みとしても使用されている。さらに、中範囲理論は研究結果のレベルで洗練されている。しかし、看護のなかで、何が中範囲理論とされるかが明確になっていない(中範囲理論の構成要素が明確になっていない)。たとえば、peaceful end of lifeは中範囲理論に分類されたり (Liehr & Smith, 1999)、実践理論として分類されたりしている (Walker & Avant, 2005)。

3 中範囲理論の源泉

中範囲理論は1960年代に社会学者ロバート・マートン (Robert K. Merton) によって提唱されたものである。マートンは社会を行為のシステムととらえるタルコット・パーソンズ (Talcott Parsons) の社会システム理論などのように、社会を全体としてとらえようとする大理論を批判し、経験的な社会調査と社会理論とを融合し、個別の事例を説明できる中範囲理論の必要性を主張した (Merton, 1968)。看護には1974年に紹介されたが、当時は、中範囲理論は大理論より操作可能であり、研究でも取り組まれているので新しい学

間にとって有用であると評価された。

4 中範囲理論が看護で支持される要因

中範囲理論が看護で支持される要因として、以下のことがあげられる

- ①抽象度が低く、操作可能なので大理論より研究にとって有用である。
- ②限られた範囲の明確な概念を扱うので、大理論より予測することが可能となる。
- ③比較的わかりやすいので、特定された健康問題に対する介入を発展させるプロセスが簡単になり、実践に適用できる可能性が高い。

5 中範囲理論の特徴

中範囲理論の特徴として、以下のことがあげられる (表 2-1)。

- ①主たる着想は比較的単純で、直接的かつ一般的である。
- ②限定された数の変数または概念を扱う。つまり、ある特定の実質的なことに焦点を当て、現実の限られた側面を検討する。なお、実証研究が行われたり、より範囲の広い理論に統合されたりすることもある。
- ③中範囲理論は、第一義的には、患者の問題や結果と看護介入が患者にどのような成果をもたらすかに関心を向けている。
- ④中範囲理論は、看護に特有でかつ実践の一分野、ある年齢層の患者、看護活動または看護介入、そして、期待される成果について扱う (Liehr & Smith, 1999)。

6 中範囲理論の分類

リーアら (Liehr & Smith, 1999) は、中範囲理論を抽象化のレベルにより、高中範囲 (high-middle)、中範囲 (middle) 低中範囲 (low-middle) の 3 つに分類している。表 2-2 にそれぞれに該当する中範囲理論の例を示す。

7 中範囲理論の生成の方法

中範囲理論を生成する方法としては、以下のものがあげられる。

- ①研究と実践をとおして帰納的に生成する。
- ②研究と実践から演繹的にまたは大理論の適用により生成する。
- ③看護理論と看護以外の中範囲理論を統合する。
- ④看護に関連する他の学問分野から導き出す。

表 2-1 ●看護の中範囲理論の特徴

- 包括的ではなくかつ狭小的でもないこと
- ある状況や専門分野について、ある程度の一般化がなされていること
- 限られた数の概念を扱っていること
- 命題が明確に述べられていること
- 実証可能な仮説を生み出せること

McEwen, M., & Wills, E.M. (2006). Theoretical basis for nursing. 2nd ed, New York : Lippincott Williams & Wilkins, 227. をもとに筆者作成

表 2-2 ● 抽象化のレベルによる中範囲理論の例

抽象化レベル	中範囲理論の例
高中範囲 (high-middle)	caring (ケアリング), facilitating growth and development (成長と発達の促進), interpersonal perceptual awareness (相互知覚的意識), self-transcendence (自己超越), resilience (レジリエンス), psychological adaptation (心理的適応)
中範囲 (middle)	uncertainty in illness (病気の不確かさ), unpleasant symptoms (不快症状), chronic sorrow (慢性的悲嘆), peaceful end of life (平和な死), negotiating partnerships (協働するパートナーシップ), cultural brokering (文化的調停), nurse-expressed empathy and patient distress (看護師の共感と患者の苦悩)
低中範囲 (low-middle)	hazardous secrets (有害な秘密), women's anger (女性の怒り), nurse midwifery care (助産師ケア), acute pain management (急性疼痛マネジメント), helplessness (無力感), intervention postsurgical pain (外科手術後疼痛への介入)

Liehr, P., & Smith, M.J. (1999). Middle range theory : Spinning research and practice to create knowledge for the new millennium. *Advances in Nursing Science*, 21(4), 86. をもとに筆者作成

- ⑤臨床の実践ガイドラインと研究によって導き出された基準から演繹的に生成する。



本書で取り上げた中範囲理論

本書では、臨床の看護実践に活用でき、かつ有用だと思われる24の中範囲理論を取り上げる。分類方法としては、理論のテーマ、起源、抽象度などで分類することがある程度可能と思われるが、本書では、看護での活用を願って、看護実践での用途という視点から、大きく5つに分類した(表2-3)。なお第2版では新たに臨床で役立つと考えられる5つの理論、「不快症状理論」「ヒューマンケアリング理論」「コンコーダンス」「レジリエンス」「リフレクション」を加えた。

1 看護のアセスメントと援助に関する理論

ここでは、看護分野で開発された9つの理論を含めた、いずれも適切な看護援助を導き出すのに有用な理論である。

1つ目は、オレムの「セルフケア不足理論」である。自分の生命や健康を維持するために生後に学習・獲得してきたセルフケア能力が、ある時点における健康問題に対応するのに十分であるか不足しているかをアセスメントし、不足している場合には不足に応じた看護援助の必要性があることを説明する理論である。対象者を被援助ではなく、自らの健康問題に取り組むことができる力を備えた、主体としてとらえている点が特徴的である。

2つ目は、「カルガリー家族アセスメント/介入モデル」である。家族を一つのシステムとしてとらえ、系統的なアセスメント枠組みと介入法を用いて家族自身が問題解決に向けて変化するよう支援するための実践モデルである。

3つ目と4つ目は症状に関する理論である。

まず、3つ目は、「症状マネジメントの統合的アプローチ」である。症状を人々の生理的・心理的・社会的機能や感覚、認知の変化を反映した主観的な体験であるととらえ、患

表 2-3 ●本書で取り上げた中範囲理論の特徴と分類

看護実践での用途による分類	No	理論・モデル名	理論家		中心テーマ	理論の起源
			氏名	学問領域		
1. 看護のアセスメントと援助に関する理論	1	セルフケア不足理論	オレム (Orem)	看護学	セルフケア (健康管理)	看護実践に裏づけられた独自の看護観
	2	カルガリー家族アセスメント/介入モデル	ライト (Wright) リーヘイ (Leahey)	看護学	家族システム看護	システム理論, コミュニケーション理論, 変化理論などの統合
	3	症状マネジメントの統合的アプローチ	ラーソン (Larson)	看護学	患者の症状マネジメント力の強化	看護独自の視点 (ヘルスアセスメントとセルフケア理論)
	4	不快症状理論	レンツ (Lenz) ピュー (Pugh) ミリガン (Milligan) ギフト (Gift) スッペ (Suppe)	看護学	複数症状の主観的体験, 不快症状の管理	臨床実践と臨床研究の統合
	5	ヒューマンケアリング理論	ワトソン (Watson)	看護学	人間科学 ヒューマンケアリング	実存主義哲学, 現象学, 心理学
	6	協働的パートナーシップ理論	ゴットリーブ (Gottlieb) フィーリー (Feeley)	看護学	協働的関係で, 患者の闘病の力を強化	マギル看護モデル (患者・家族との協働による健康増進)
	7	コンコーダンス	グレイ (Gray)	精神看護学	患者と専門家との協働での意思決定	認知行動療法 動機づけ面接
	8	ノーベックのソーシャルサポートのモデル	ノーベック (Norbeck)	看護学	ソーシャルサポート	Kahn & Antonucci (1980) のソーシャルサポートのモデル
2. 病気・障害・人生の体験を説明する理論	9	病みの軌跡モデル	コービン (Corbin) ストラウス (Strauss)	看護学・医療社会学	病気体験 病気の管理	シンボリック相互作用論
	10	ヨシダの振り子理論	ヨシダ (Yoshida)	理学療法	病気・障害体験, 自己の再構築	自己心理学
	11	モースの病気体験における希望と苦悩の理論	モース (Morse)	看護学・文化人類学	病気・障害体験, 自己の再構築	質的方法での病気体験の描写
	12	危機的人生移行モデル	南博文	人間環境学	成人の発達をライフコースの視点で描写	発達心理学 環境心理学
3. 危機・ストレス・不確かさの認知や対処に関する理論	13	危機理論・フィンクの危機理論	フィンク (Fink)	心理学	障害受容・適応	マズロー動機づけ理論

表 2-3 ●本書で取り上げた中範囲理論の特徴と分類 (つづき)

看護実践での用途による分類	No	理論・モデル名	理論家		中心テーマ	理論の起源
			氏名	学問領域		
		・アギュララの問題解決型危機モデル	アギュララ (Aguilera)	看護学	問題解決過程	問題解決過程
	14	ストレス・コーピング理論	ラザルス (Lazarus)	心理学	ストレスの認知的評価-対処	認知心理学
	15	病気の不確かさ理論 ・オリジナル理論 ・再概念化理論	ミシェル (Mishel)	看護学・心理学	・不確かさの軽減・適応 ・自己組織化・成長	・ストレス・コーピング理論 ・カオス理論
	16	レジリエンス	ラター (Rutter)	児童精神医学	柔軟な対応での適応	心理学 精神医学
4. 行動変容, 行動強化に関する理論	17	保健信念モデル	ローゼンストック (Rosenstock) ベッカー (Becker)	社会心理学	行動変容, 健康行動	予防医学
	18	トランスセオレティカルモデル (変化ステージモデル)	プロチャスカ (Prochaska)	心理学	行動変容, 健康管理	予防医学
	19	自己効力感	バンデューラ (Bandura)	心理学	行動変容, 健康行動	社会的認知理論
5. 認識の変容に焦点を当てた理論	20	エンパワーメント	フレイレ (Freire)	教育哲学	行動強化	識字教育
	21	成人教育 (アンドラゴジー)	ノールズ (Knowles)	教育学	自己主導型学習	成人教育
	22	リフレクション	ショーン (Schön)	教育学	行為の中の省察	デューイの省察的思考
6. その他の理論	23	健康関連スティグマ理論	スキャンブラー (Scambler)	医療社会学	健康関連のスティグマ	ゴッフマンのスティグマの概念
	24	peaceful end of life	ルーランド (Ruland)	看護学	good death	good deathに関するスタンダードケアの構築

者自身が自らの症状をマネジメントするために必要な知識, 技術, サポートを看護師が提供することに重点を置いている。症状に対するその人の知覚や評価, セルフケア方略に注目して, その人の体験に寄り添い, その人のセルフケア能力に応じた援助の提供により症状の改善やQOLを高めるといふ, その人に合わせたマネジメントが提供される点が評価されている。

4つ目は、「**不快症状理論**」である。多くの場合、患者は単一の症状に限らず、複数の症状を体験している。この複数の症状の体験には、先行する影響要因や相互作用しながら増幅する複数の症状が絡み合い、結果として、その人の日常生活におけるパフォーマンスを脅かす。またその状況が繰り返し影響要因や複数症状に影響を与えようというように、この理論はフィードバックループを提供していることや、複数の症状の体験を説明していることから、現実に即していると評価されている。

5つ目は、「**ヒューマンケアリング理論**」である。人間の尊厳を守り、人間性を保持するという看護の道徳的理念であるヒューマンケアリングの実施プロセスを提示している。実践においては、基盤となる道徳的理念に基づき、トランスパーソナルな人間関係を築き、すべてのレベルで治療環境を創造するために心と魂の不調和の調整を図るとある。トランスパーソナルな関係の樹立は、他者から評価しにくいのが、樹立すると、互いに自然体でいられる、心が開放されるなど相互関係のなかでは明らかな変化を読み取れるものである。ケアリングは看護師が患者の身体的・精神的な安寧を図るための基本的または根源的なケアであり、看護の基本に立ち返ることを導いてくれる理論である。

6つ目は、「**協働的パートナーシップ理論**」である。患者と看護師が、患者イコール指導を受ける人、看護師イコール指導する人という医療における従来の関係性ではなく、それぞれがもっている知識、技術、経験というものを認め合うことで、パートナーとして協働して患者の目標を設定し、その目標の達成に取り組むという患者中心の目標を追求する理論である。

7つ目は、「**コンコーダンス**」である。服薬や治療に関して、患者が医療者の指示に従うという専門家主導でもなく、患者の考えだけで決めるという患者主導でもなく、患者と専門家がパートナーシップを形成して、患者にとっての望ましい健康状態を目指して、服薬や治療に関する意思決定プロセスをたどるというものである。専門家主導のコンプライアンス、患者主導のアドヒアランスという概念を超えて、患者と専門家が協働することでのプラスの面に目を向けている。

そして、8つ目は、「**ノーバックのソーシャルサポートのモデル**」である。臨床看護実践において、ソーシャルサポートのアセスメント、計画、介入、看護プロセスの評価をとおして対象者にとって適切かつ積極的なソーシャルサポートの活用を図ることが可能となるモデルである。

2 病気・障害・人生の体験を説明する理論

ここには、病気の体験、障害の体験、人生の体験について説明する4つの理論を含めた。

1つ目は、「**病みの軌跡モデル**」である。長期にわたる慢性状況において慢性病者は、急性期、安定期、下降期などの局面をたどるなかで、病気の仕事、日常の生活活動の仕事、生活史の仕事に取り組んでいる。慢性病者の病みの行路を良い方向に導くためには、慢性病者、家族、医療者が今後の病いの行く末に対する共通の予想、目標を共有して、病いをうまく管理できるかが鍵を握る。病いとのかかり合いをその人の生活や人生のなかでとらえることができる理論である。

2つ目は、「**ヨシダの振り子理論**」である。自己が崩壊するほどの障害体験において、以前の障害されていない自己から完全に障害された自己へと振り子のように揺れながら、次第に中間的自己へと落ち着き、自己の再構築が図られる様子を描写した理論である。

3つ目は、「**モースの病気体験における希望と苦悩の理論**」である。病気体験において、もちこたえ、不確かさに揺れ、苦悩しながら希望を見出し、自己の再構築へと循環しながらもたどり着くプロセスを、知ることのレベル（気づき—認識—承認—受容）との関連で描写した理論である。

4つ目は、「**危機的人生移行モデル**」である。人間の発達の課題をライフコースにおける転機または危機ととらえ、変化による喪失から自分を取り巻く環境と折り合いをつけながら自己を再構築する過程を描写した理論である。

3 危機・ストレス・不確かさの認知や対処に関する理論

ここでは、人生を生きていくうえで、または病気体験において認知する危機・ストレス・不確かさに対するその人の評価、反応、対処について述べた4つの理論を含めた。

1つ目は、「**危機理論**」である。危機理論は様々あるが、看護分野でよく知られ、活用されている2つを紹介した。一つは〈フィンクの危機モデル〉である。事故や災害での受傷体験によりショック性危機に陥った中途障害者の障害受容を、段階的に進む心理的適応の過程で記述し、各段階における介入方法をマズローの動機づけ理論に基づいて提示している。もう一つは、〈アギユララの問題解決型危機モデル〉である。発達課題や生活課題への取り組みのなかで生じる、ショック性危機に比べて時間的なスパンが長い状況で生じる危機で、危機の認知から回避までを危機の評価と問題解決過程という視点で記述している。

2つ目は、「**ストレス・コーピング理論**」である。ストレスの決定には、ストレッサーの種類や性質よりも、その人がストレッサーをどのように認知評価しているかという影響のほうが大きいことに着目し、ストレスの認知評価から対処の過程を説明している。

3つ目は、ミシェルの「**病気の不確かさ理論**」を取り上げた。病気の診断前後や急性状況における病気の不確かさを、ストレス・コーピング理論にヒントを得て、不確かさの認知—評価—対処—適応の過程で説明している〈オリジナル理論〉と、慢性期の不確かさをカオス理論で説明し、不確かさに揺さぶられ混乱しながら自己組織化・自己成長する過程を説明している〈再概念化理論〉である。

4つ目は「**レジリエンス**」である。逆境や病気体験などによる深刻なストレス状況下において、一時的に傷つきながらも、肯定的な反応パターンを維持する能力である「個人の内的能力」と「周囲との関係性」を駆使しながら状況に適応することができる精神的回復力ともいえるものであり、最近、看護分野でも注目されている。

4 行動変容、行動強化に関する理論

ここでは、疾病予防やヘルスプロモーション、疾病の自己管理において、行動変容を促進し、望ましい行動を強化する方法について述べている3つの理論を含めた。

1つ目は、「**保健信念モデル**」である。行動変容を病気への罹患性、重篤性、行動変容

する際の利益と障壁の認識，そして行動のきっかけとの関連で説明している。

2つ目は、「**トランスセオレティカルモデル（変化ステージモデル）**」である。行動変容に至る前熟考期，熟考期，準備期，行動期，維持期，完了期という6つのステージと，それぞれのステージに合った行動変容を促すアプローチを提示している。

3つ目は、「**自己効力感**」である。行動変容をもたらすには，行動変容によりどのような効果が得られるかという結果期待より，その行動が自分にとれそうかという効力期待の影響のほうが大きいことと，効力期待を高める方法として「成功体験」「代理体験」「言語的説得」「生理的，感情的状態」という4つの情報源を駆使することを提案している。

5 認識の変容に焦点を当てた理論

ここでは，認識の変容や経験型学習をとおして，対象者がもてる力を発揮して，主体的に考え，行動することを促す3つの理論を含めた。

1つ目は、「**エンパワメント**」である。パワーレスな状態となった人々が自分たちの置かれている状況を把握し，自らの力を取り戻して，その力を発揮するプロセスを健康問題を抱えた人に適用して，健康に影響を及ぼす行動や意思決定をその人がよりよくコントロールできるように，医療者は傾聴－対話－行動アプローチで支援する。そのことにより，その人が自らの力を発揮して，よりよい状況をつくり出すのを助けることを説明している。

2つ目は、「**成人教育（アンドラゴジー）**」である。学習者の主体性を尊重し，参加者にとって関心の高い現実の問題の解決に焦点を当てて支援し，学習者の主体的な学習を促進しようとするものである。

3つ目は、「**リフレクション**」である。看護師がよりよいケアの提供を目指して，看護師が行為をしながらその状況をとらえ，次の行為につなげるという“行為のなかの省察”をとおして，状況を良い方向に変化させ，かつ看護師としての洞察力や技を磨いていることを説明している。

6 その他の理論

その他の理論としては，大理論と中範囲理論の中間，または中範囲理論と実践理論の中間に位置すると考えられる2つの理論を含めた。

1つ目は、「**健康関連スティグマ理論**」である。大理論と中範囲理論の中間に位置すると考えられる。病気に関連して付与される烙印（stigma）を医療社会学の視点でとらえたものであり，スティグマに伴う偏見，差別に苦悩している患者の理解や援助に役立てることができる。

2つ目は、「**peaceful end of life**」である。中範囲理論と実践理論の中間に位置すると考えられる。good death（望ましい死）を目指すスタンダードケアから，理論としての発展をめざしたものである。good death inventoryも開発され，評価の視点が定まっていることから，中範囲理論へと発展できる可能性が高い。

文献

- Higgins, P.A., & Moore, S.M. (2000). Levels of theoretical thinking in nursing. *Nursing Outlook*, 48, 179-183.
- Liehr, P., & Smith, M.J. (1999). Middle range theory : Spinning research and practice to create knowledge for the new millennium. *Advances in Nursing Science*, 21 (4), 81-91.
- Kahn, R.L., & Antonucci, T.C. (1980). Convoys over the life course : Attachment roles and social support, In Baltes, P.B. & Brim, O. (Eds.). *Life-span development and behavior* (vol.3) (pp.253-286). New York : Academic Press.
- McEwen, M., & Wills, E. M. (2006). *Theoretical basis for nursing*. 2nd ed, New York : Lippincott Williams & Wilkins.
- Merton, R.K. (1968). *Social theory and social structure*, enlarged ed (Ed.), New York : Free Press.
- Morris, D. (1996). Middle range theory: Role in education. Sixth Conference proceedings : Rosemary Ellis Scholar's Retreat. *Nursing Science, Implications for the Twenty First Century*. Cleveland.
- 上田敏 (1980). 障害の受容—その本質と諸段階について. *総合リハ*, 8 (7), 515-520.
- Walker L.O., & Avant, K.C. (2005). *Strategies for theory construction in nursing*. 4th ed., New Jersey : Pearson Prentice Hall.