

患者の死に臨む看護者の心理的反応に関する研究

小池 委子

I. 問題と目的

生命ある限り「死」という問題は誰もが通る問題であり、避けられないものである。死は人生の終焉であり、死をもって人生は終わる。終末期も人生の一期間である。死は人生のどの年代にも訪れ、他人の死にも多く遭遇する。これは昔も今も変わらないが、現在日本では、病院で死を迎える人が約70%に達している。このことは、患者が終末期を病院で過ごすとともに、医療従事者が「患者との死別」を体験する機会が多くなることを示しており、「死の臨床」ということばが使われることも多くなってきた。

終末期医療（ターミナルケア）は、臨死患者のケアだけではなく、患者の死後の家族のケアまでを含む意味を持つ。死に臨む患者とその家族に関わりを持つ看護者は、患者が亡くなる以前から、患者と同じようにその家族らとも接触をし、「悲哀の仕事」を助ける役割を担う。看護者は患者の死を日常的に体験しなければならないのであり、死と死別の問題は、病院の場面で否応なく直面せざるを得ない。看護者も人間的な弱さを持つ（寺本松野, 1983）。身近な人や患者の死に直面した経験があっても、死や死別の問題に対処するときに高度の不安を抱くことがある（Burnell, G. M. & Burnell, A. L., 1989）。

これまでの研究では、死の臨床に関わる看護者の死に対する不安や死生観、ストレス、援助を妨げる体験や反応、バーンアウトとの関連などが検討されてきた。それらの研究から、看護者にとって患者の死は強いストレスとなっているのは明らかであり、ストレスへの対処も検討されている。しかし看護者は、ストレスを体験したすぐ後も、引き続いて他の患者と顔を合わせ、次の患者の対応をしていく、というように、仕事に適応していかなくてはならない。そのように短時間で適応していくためには、患者の死を受け入れる力、気持ちを切り替えていく力が関与してくるものと考えられ、終末期医療の中で必要とされる能力もいくつかの文献で述べられてきた。しかし、そこには死と死にゆくプロセスを扱う難しさとともに、職業的立場としての難しさも加わってくる。

ところで、近親者との死別で起こる悲嘆や悲哀の過程（心理プロセス）が多く検討されているのに比べ、看護者の死別体験については十分に述べられているとは言えない。では、患者との死別は、看護者にどのような反応

を引き起こし、どのような対処がされているのだろうか。また、その反応や対処は、死期を生きる患者を引き受け、患者の死を受け入れていく態度が培われていくことによって変化するのだろうか。

そこで、看護者が患者と死別したときの反応を検討することを本研究のひとつ目の目的とする。通常、死別反応には生理的・心理的・行動的反応が含まれ、本来この3点を含むことが望ましいであろうが、今回は心理的反応に焦点を当てていく。この、患者との死別体験での心理的反応は、大きく2つの構造として捉えられるだろうと仮説を立てる。ひとつは看護者としての自分、ひとり人間としての自分といった、自分自身の内部に関わる心理的反応である。もうひとつは患者や家族、医療といった自分の内部以外の対象に向けられた心理的反応である。更に、患者との死別を体験したときの心理的反応と、それに対する対処は、そのときの患者の死の状況や患者の死を受け入れる態度から影響を受けると考える。そこで、患者と死別したときの心理的反応と対処がどのような影響を受けているかを調べ、考察することをふたつ目の目的とする。

II. 方法

患者との死別を体験している可能性の高そうな病棟をN大学医学部附属病院の看護部長と相談した結果選び出された病棟に所属する看護者300名を調査対象とした。調査は1996年10月に行われ、質問紙は看護部長から各病棟長を通して個々の看護者に依頼された。有効回答数は289名（97.3%）、平均年齢29.8歳（SD=8.5）であった。

質問紙は、予備調査Ⅰ（質問紙調査）と予備調査Ⅱ（面接調査）で得られた結果を基に作成され、各看護者にとって初めて患者の死を体験したときと最も最近患者の死を体験したときについて、それぞれその患者との関係、死を予期できた程度、その患者の年齢、看護者自身はそのときどう感じたか、どう対処したかについて質問された。加えて、患者の死および末期患者に対する現在の態度について質問された。

III. 結果と考察

まず、因子分析を行った結果、心理的反応の因子として「看護者としての無力感（8項目）」「死への意識・直

面（8項目）」「患者・家族へのねぎらい（6項目）」が得られ、 α 係数は.70～.84であった。そして、各因子の中に、自分自身の内部に関わる反応と、自分の内部以外の対象に向けられた反応の結びつきのあることが分かった。対処の因子としては「積極的対処（6項目）」と「抑制的対処（6項目）」が得られ、 α 係数は.70～.78であった。患者の死および末期患者に対する現在の態度の因子としては「患者の死の受け入れ（8項目）」と「死に対する肯定的捉え（4項目）」が得られ、 α 係数は順に.73、.74であった。この因子から、患者の死と自分も死ぬ存在であるという死は、その捉え方を別にして考える必要性のあることが示唆された。

初めて患者の死を体験したときと最も最近患者の死を体験したときを比較したところ、死への意識・直面、患者・家族へのねぎらい、積極的対処に有意差が認められた。初めて患者の死を体験したのは、看護職について1年目という回答が最も多かった。この1年目という時期は看護活動全般に渡り覚えることに必死なときであり、患者や家族へ目を向ける余裕のないこと、大きな衝撃に対して直接行為によって解決をしていく姿勢の強いことが確認できる。加えて、体験を重ねるにつれて徐々に死に対する衝撃は小さくなり、患者の死を広い視野で捉えられるようになる傾向のあることが考えられる。

次に、患者の死の状況と死を受け入れる態度が心理的反応や対処にどのように影響しているかを検討するため、患者の死の状況と死の受け入れ態度の各尺度を外生変数、患者の死を体験したときの心理的反応の各尺度を第1段階の内生変数、対処の各尺度を第2段階の内生変数として重回帰分析を用いてパス係数の推定を行った。

「看護者としての無力感」に対しては、患者との心理的距離、死の予期可能の程度、患者の年齢、死の肯定的捉えが、「死への意識・直面」に対しては、死の肯定的捉えが、「患者・家族へのねぎらい」に対しては、患者との心理的距離、死の予期可能の程度、患者の年齢、患者の死の受け入れ、死の肯定的捉えが影響していることが示された。これらの結果には、看護者にとって、死がしばしば生と対峙され、死に連れ去られた患者の最後の

苦痛や苦悩の前に看護の責任や無力さを感じたりし、看護者が自分自身に苦悩する様子が現れている。また、患者の死を受け入れるとともに死そのものを肯定的に捉えることが、患者の死に対する無力感や死への衝撃を和らげることに繋がると考えられる。このことは、死の臨床において、死について避けるのではなく取り組むことが必要とされ、看護者に死生観の確立が求められることを示していると言える。一方、患者・家族へのねぎらいについては、単純には年齢に伴う成熟や経験を積み重ねることに伴うゆとりから生まれてくるものではないことを考慮に入れる必要のあることが示された。

「積極的対処」に対しては、患者の死の受け入れ、看護者としての無力感、死への意識・直面が、「抑制的対処」に対しては、患者との心理的距離、患者の死の受け入れ、死への意識・直面が直接影響を与えていることが分かった。問題解決を中心としていく積極的対処が、特に経験の浅い看護者に対する有効性を示したことから、看護者を支える上司や先輩や同僚の存在、仲間との交流や新しい知識の習得という要素の重要性が分かり、多面的な援助を提供し得る機能を備えることが看護者自身の精神的な充足につながると考えられる。抑制的対処には、死という問題をただ避けるだけではなく、取り扱いきれない危険を弱めようとする力や、患者の死から距離を保つことが含まれると考えられ、患者との死別の問題に取り組む方法として、防衛を働かせている結果が現れたと言えよう。

以上、本研究で示されたことは、看護者としての自分や死をどのように受け入れ、患者や家族へどう向き合っていくかを問うものであり、看護者に求められるいくつかの点を示唆するものであると言える。しかし、個人のパーソナリティ、個人的な死別体験、病院や病棟による体制や意識の違い、教育での死の扱われ方などが与える影響、個人のレベルに近づいた量的研究とはまた異なった視点からの検討など、本研究では解明できなかった課題はまだ残されており、看護者が患者の死を体験したときの心理的反応やそのプロセスを更に検討していくことが求められる。