

ターミナルケアにおける心理的援助へのアプローチ

柴田昌子

I. 問題と目的

ターミナルケアという概念が、まとまって論じられ始めたのは世界の医学の歴史の中でも、古くはない。ターミナルケアの基本的理念は、各人の個性と家族の繋がりを尊重した全人的アプローチによって、適切に死に当면できるように人々を援助し、その痛みを Total pain (physical, mental, social, spritual) としてとらえるものである。

ターミナルケアの中で看護者の役割は、患者に身体的、社会的、精神的なアプローチをし、家族、医師との間に立って、その調整役や相互の意味を正確に伝達することとされている。これまで、患者やその家族の心理的な研究やそれらへの介入については検討され、それに即した看護者の問題や課題は指摘されてきた。しかし、看護者自身の患者に対する「みとり」といった内的な問題はストレス研究の補足的な結果として考察されてきたものの、積極的に研究の対象とされてこなかった。医療の中で、看護者は医療側でありながら、患者や家族に近い立場でもある。そのため、看護者は心理的にもストレスフルな体験をしていると思われるが、一方で、看護者にとって患者の死は「慣れ」や「無感動」になりがちなものであるという指摘もされてきた(松本 1988)。また、援助者は、共感的関わりにおいては、あたかも対象者のように感じながらも、決してその人と情緒的に同一化するべきでないと強調されてきた。しかし、本邦の場合、看護婦は患者に共感する際、患者との一体感を強く感じる傾向が指摘されている(小代 1989)。

本研究では、看護者が患者をみとる時、患者との一体感から離れられないと、個人的なみとりに近いものになるが、共感的でありながら感情の統制ができていれば、その「みとる」体験は、個人的にみとる時とは違う体験になるのではないかと考えた。しかし、看護者側のみとる体験のモデルが少ないため、従来に行われてきたストレス＝コーピングモデルや、経験による比較検討の研究を参考にしながら、看護者側の死を「みとる」体験について探索的に事例を記述し、検討することを目的とした。特に、臨床の現場に従事し始めた初期の段階と、その後の内的な変化のプロセスについて、看護者にとって患者への共感、感情が動かされることとその統制という

視点から検討し、今後の課題を提示した。

II. 方法

本研究では半構造的面接法を用い、面接を実施するにあたって以下の方法を用いた。なお、いずれの調査対象も、同一の愛知県内の総合病院に勤務していた者である。

- 1) 質問紙調査；自由記述による質問紙調査を行った。対象は勤続年数5年目の看護婦30名である。この結果に基づき、面接内容の構成が検討された。
- 2) 予備調査；予備面接調査を行った。対象は勤続年数5年目の看護婦4名であり、質問紙調査の実施者の中で協力の得られた者である。この後に行われた面接調査の構造、設定、対象の選択の検討にあたって参考にされた。
- 3) 面接調査；半構造的面接方法を用いて面接調査を行った。対象は、内科系の看護婦20名である。この面接により、事例的検討が行われた。

III. 結果と考察

看護者の患者をみとる時の、感情とその統制の点から、感情が動かされるもの(タイプ1)、感情が動かされるが統制がとれているもの(タイプ2)、感情があまり動かされないもの(タイプ3)の3つのタイプに分けた。それぞれのタイプに典型的と思われる事例を記述によって提示し、事例的考察を行った。

タイプ1は、感情的に動かされるものであり、個人的にみとる場合と比較的類似したみとるを行うものである。日常的に持つ共感を、患者に対しても、同じ様を持つタイプである。この中には、患者をみとる場合には、経過や処置に対する専門的な視点があることが強調されている者もいた。

タイプ2は感情的に動かされるが、その統制がとれているものである。恐らく、このタイプは「患者の感情を感じながら情緒的には同一化しない」であろうと考えられた。患者に共感しつつ、経過観察や処置とともに患者や家族の調整や介入が行え、比較的すぐに気持ちを切りかえ処置にうつれるタイプであり、もともと持っていた日常的共感と職業的視点が統合されているものである。

タイプ3は、感情的にあまり動かされないタイプである。日常的に持つ様な共感を患者に対して持たず、むしろ

る身体的なケアに終始するタイプである。

それぞれのタイプの群には経験年数の偏りがみられた。タイプ1は勤続年数3年未満者が殆どである。そしてタイプ2は、経験年数が多いものが多かった。

さらに、事例的検討により、これら3つのタイプは、それぞれ独立したものではなく、むしろ、連続性が伺われ、特にタイプ2の中にはタイプ1やタイプ3から移行してきた者が含まれ、タイプ1からタイプ2への移行が一つの成長あるいは発達のモデルとして記述できるのではないかと考えられた。

そこで、経験という軸に沿って、このタイプのそれぞれの位置付けを以下の通り提起した。

看護者にとって、患者の死との初めての出会いは大抵、不安、恐怖、戸惑いによって体験される。あるいは、緊張のために充分悲しむことはできないことがある。患者と一定期間関わり、技術の向上によって生まれるゆとりによって、精神的な面にも意識が向けられるようになると、患者の死を悲しめる様になってゆくようである。

患者の死が悲しめるようになったことで、看護婦は患者に対して、日常的に行われる様な共感をもってみとるようになる。そのため、患者とより長く深く関われば関わる程、その死が辛く悲しくなってくる。これがタイプ1ではないか。その中でも、感情の統制がとれにくい者と、ケアの専門的な視点(経過や処置)を持っていることを意識している者がある。いずれも患者をみとることと、個人的にみとることが充分、分化していないのではないかと考えられる。

その後、共感性を保ちながら、チームの中で患者やその家族にアプローチする中で、患者や家族に共感しつつ、その感情を統制し、技術的にも熟練し、スタッフ間でも責任を負うようになり、チームの中で調整役として、患者や家族へより適切な援助を行うようになるのがタイプ2であろう。

しかし、タイプ1の様に患者へのみとりが個人的なそれに近い時、患者の死によって、技術的な面での無力感だけでなく、対象を喪失する体験を持つのではないか。そうしたストレスフルな状況に対する防衛パターンとしてタイプ3へ移行するのであろう。そこで、ストレスの低減のために患者への情緒的な感受性を下げることが起きるのではないか。こうした防衛のパターンは、ストレ

スを低減させることと、(そのパターンを取り続ける間に)技術的な向上と経験の量を増やすことで、職業上の適応を得るという利得が得られるのではないかと考えられた。

ところで、宗像(1988)によれば、看護婦のburnoutは、経験年数5年未満の者と、20年以上のベテラン看護婦の2つの層に多いことが指摘されている。本研究で、情緒的な感受性を下げていると思われるタイプ3は、経験年数5~7年のものが多いが、タイプ3はburnoutせずに職業上の適応を得るための1つのスタイルかもしれない。

また、タイプ2は、共感的でありながら、その感情を統制するが、そのバランスによっては、タイプ3に移行するのではないかと思われ、その後の段階について、異なるタイプが存在するのか、その場合に考慮されるべき要因は今後の検討課題であろう。

IV. 今後の課題

本研究ではパーソナリティの要因を殆ど取り上げなかったが、個人の段階での共感性、感受性の高さや、自己イメージ、防衛や対処行動のあり方も今後の研究では考慮されるべきであろう。また、本研究は主に勤続年数10年以下の者を対象にしたが、それ以降の発達のプロセスを考える際は、個人の人間的な社会的な成熟といった要因も無視できない。

また、本研究では、看護者のみとりについて、みとる場面のみを断片的に取り上げており、比較的慢性の経過をたどる患者を看護している者を対象とした。しかし、本来の意味でのmourningは、その後も続くものであり、看護者にとってその内的な処理の必要となるのはむしろ、子どもや急性期に亡くなる患者や自殺などの予期しない患者の死であろう。そうした対象の研究をすすめるにあたっては、看護者としての成長やライフサイクルの発達の視点を踏まえた、看護者におけるmourningのプロセスのモデルを作っていく必要があるのではないかと考えられる。そして同時に、今後の研究としては、個別の患者に対する看護者自身のmourningを取り扱っていくことも課題となるのではないだろうか。

そして、今回提示したそれぞれのタイプが実際のケアにおいて、患者や家族と相互の関係をどのように持ち、満足をもたらすかについては、さらなる課題である。