江戸川大学社会学部
松田 英子

Job stressors and stress-related growth in hospital nurses involved in terminal care nursing

Mari Sakasai^{*1} and Eiko Mathuda^{*1}
(^{*1} Faculty of Sociology, Edogawa University)

This study investigated the effects of terminal care nursing on the quantity and quality of job stress and individual differences in stress-related growth among hospital nurses. Four questionnaires were administered to 161 nurses who worked in a general hospital: Nursing Job Stressor Scale (NJSS), Scale of Psychological Growth after Caring for Bereaved Patients, Normative Attitudes toward Helping Scale, and Scale of Satisfaction with Care for Dying Patients and their Relatives. The results showed that the frequency of terminal care nursing was positively related to both the quantity and the variety of job stress and stress-related growth. Nurses who showed stress-related growth after caring for bereaved patients had higher scores on normative attitudes toward terminal care and on satisfaction with care for patients. These results suggest that positive aspects of terminal care nursing contribute to enhance hospital nurses' psychological growth. Negative aspects of terminal care nursing indicate a need to provide mental healthcare for hospital nurses.

Key words: terminal care, hospital nurses, job stressor, stress-related growth.

問題

1. 終末期医療の側面

現代社会において我々は必要に応じて高度な医療技術を楽しむことができ得る。しかしながら、本格的な高齢化社会が到来し、癌を始めとする慢性疾患の患者数が増加しているが、患者の入院生活の質の維持向上のメンタルヘルス支援は十分であるとは言えない。国立がんセンター・がん対策情報センター（2008）によると、死因第1位の癌による死亡率は男女とも60歳代から増加傾向を示す。65歳以上の高齢者人口は、平

成19年には過去最高の2746万人となり、総人口に占める割合は21.5%となっている（内閣府，2008）。さらに、全死因における病院での死亡率は今や90%以上とも言われており、高齢化社会が到来した今こそ終末期医療が重視され、医療の質が問われているのである。

終末期にある患者および家族においては、特に精神的側面を重視したサポートが必要となる。Ross (1969 川口訳 1971) は、終末期にある患者の心理的プロセスには、否認と隔離・怒り・取り引き・抑鬱・受容といった一連の対処メカニズムがあると述べている。また、Deeken (1986) は、遺された家族にも12段階の悲嘆プロセスがあると述べている。このように終末期

にある患者とその家族においては特に精神的側面を重視したサポートが必要となり、その患者、家族にとって一番近い存在の医療専門職は正看護師、准看護師を総称した臨床看護職者である。

全ての診療分野において、臨床看護職者は様々な業務を遂行しながら、同時に患者の病状の急変に対応するなど、絶えずストレスフルな状況下にある。同時に高齢化社会を迎え、看護職の専門性や情緒的サポートへの期待はさらに高まりつつある。このような現状を鑑みると、恒常的に終末期医療業務が加わることでストレスは増加の一途と辿ると考えられる。

臨床看護職者の仕事ストレスを具体的に測定するものとして、東口・森河・三浦・西条・田畑・中川(1998)の「臨床看護職者の仕事ストレス測定尺度(NJSS)」が作成されている。この尺度は、①職場の人的環境、②看護職者としての役割、③医師との人間関係と看護職者としての自立性、④死との向かい合い、⑤仕事の質的負担、⑥仕事の量的負担、⑦患者との人間関係に関するストレスの7下位因子から構成されている。

東口他(1998)の仕事ストレス因子は臨床看護職者全般が抱えるものであるが、終末期体験の多寡により、ストレスの下位因子にも差がでることが予想される。ストレス7下位因子の中でも特に、終末期体験が多い臨床看護職者は、「看護職者としての役割」、「死との向かい合い」、「患者との人間関係」に関するストレスが高いと考えられる。このようなストレスを抱えている臨床看護職者は、バーンアウト(燃え尽き症候群)が多発しやすい専門職であるとして、ストレス要因とバーンアウト傾向の関係についての研究もされている(義本・富岡, 2007など)。バーンアウトに陥らせる要因には、情緒的消耗感、個人的達成感の減退、脱人格化があるが、緩衝要因としては職務満足感があり、これを高めることで離職抑止の可能性がある。

2. 臨床看護職者のストレスと個人差要因

一方で大西(2006)は、臨床看護職者のストレスフルな臨床体験は否定的な側面ばかりを持つわけではないと述べている。また、Antonovsky(1979 山崎他訳

2001)によれば、ストレスの影響は必ずしも病理的な結果をもたらす要因になるのではなく、健康的な結果をもたらす要因にも十分成り得ると述べられている。よって、ストレスを受け止める認知的要因の個人差により、ストレスを本人の成長に寄与するプラスの側面へと変えることができると予想される。終末期医療を提供する臨床看護職者は、職務ストレス過多の一方で患者の死から多くのことを学び、自己成長の機会を得ている可能性がある。

Park, Cohen, & Murch(1996)によれば、ストレスを経験した個人が、その経験を通じてコーピングスキルや肯定的な自己概念を獲得し成長していくことはストレス関連成長(Stress-Related Growth, 以下SRGと呼ぶ)と定義されている。Park et al.(1996)のストレス関連成長尺度(Stress-Related Growth Scale, SRGS)は、本邦において東村・坂口・柏木・恒藤(2001)によって尺度の信頼性、妥当性が検証されている(全て $\alpha = .91$)。東村他(2001)の研究では、死別経験による遺族の成長感尺度と性格特性の関連性を検討しており、Big5のうち、「内向性(外向性)」「神経症傾向」などとの関連がわかっている。これらの尺度で扱われているストレス関連成長の側面は肯定的な変化だけを捉えようとするものが多いため、この点を改良し、否定的な変化も同時に測定する尺度が作成されている(安藤・松井・福岡, 2003)。安藤他(2003)は、近親者との死別後の心理的变化を捉えるための項目群(肯定的変化2因子と否定的変化3因子)を作成している(全て $\alpha = .76$ 以上)。

SRGの研究は、近親者との死別経験後にみられる家族の心理的成長を調べているものが多く、職務の中で患者との死別を多く経験する臨床看護職者を対象にした研究は、ほとんど行われていない。そこで本研究は、第三者である臨床看護職者に、患者との死別体験後にSRGが認められるかを検証した。このように臨床看護職者の職務上の死別体験によるストレスとSRGとの関連を明らかにすることは、ストレス過多の状況におかれる臨床看護職者に、終末期医療のポジティブな側面を発見する支援になると考えられる。

本研究では、終末期にある患者と家族とは第三者の関係にある臨床看護職者が家族と同様に、患者との死

別を体験した後は否定的な心理的变化と同時に肯定的変化を経験することが予想されたため、安藤他（2003）の尺度5下位因子を使用し、特に患者との死別体験後の肯定的変化を示す「生への実感と感謝因子」と「自信・成長因子」の2因子の合計点を終末期SRGと定義した。

3. 臨床看護職者の援助規範意識と終末期SRG

終末期SRGには、臨床看護職者の個人要因も影響していると考えられる。その個人要因の1つに、自らの持つ援助規範意識があると思われる。

箱井・高木（1987）の研究では、援助規範意識として①返済規範意識、②自己犠牲規範意識、③交換規範意識、④弱者救済規範意識の4因子を抽出している。我々は、援助を必要とする場面に遭遇した時、「自分を頼ってくる人には、親切にすべきである」などといった援助に関係する規範の影響を受けて、愛他的に行動する。我々は規範を社会化の過程で学習し、各自の経験を通じて自分なりに修正し、自分の行動基準として内在化している（箱井・高木、1987）。このことから、終末期SRGを獲得している臨床看護職者は、自己の成長とともに援助規範意識も変化しているのではないかと考えられる。また臨床看護職者には、ナイチンゲール誓詞などに代表されるように、医学に携わる臨床看護職者としての必要な考え方、心構えに博愛的奉仕や自己犠牲の精神がある。職務として患者の死別に関わる臨床看護職者は、職務を遂行する上での特性として「自己犠牲的規範意識」が高いことが予想される。さらに、終末期体験が多い臨床看護職者の場合、職務の内容から特有の援助規範意識があるのではないかと考えられる。よって、援助規範意識と終末期SRGとの関連性を探索的に調査した。

4. 臨床看護職者の終末期の患者ケアに対する満足度と終末期SRG

終末期医療に携わる臨床看護職者が患者をケアする際に抱える感情についてBecker（2003）は、「何をしても、最後はダメになる」という絶望感が心のどこかに潜むのであると述べている。このような絶望感の積み重ねが、バーンアウトに繋がる要因とも考え

られる。しかし、終末期に携わっている臨床看護職者が全てバーンアウトするわけではなく、やりがいを持って仕事を継続している臨床看護職者は多くみられる。つまり、職務継続意志を持ち続けることができる要因には、終末期医療における自己の職務遂行に対する満足感を得られていることが必要であると考えられる。

一般病棟における終末期の患者ケアに対する看護師の満足度を調査した中澤・小出・西澤・青木（2006）は、チーム医療、家族ケアに対しては満足度が高く、専門職としての能力、患者との関係に対しては満足度が低かったことを明らかにした。このことから、終末期医療の現場において職務に関わる満足感を得られている可能性がある。患者ケアに対する満足度の自己評価も臨床看護職者が成長し、看護職を継続し得る個人要因の1つであると考えられる。

本研究では、終末期体験の多寡により、仕事ストレスラーの下位因子（看護職者としての役割、死との向かい合い、患者との人間関係）に差がみられるかを調査する。また、ストレスの総得点にも差がでるかを調査する（目的1）。次に、臨床看護職者に患者との死別後に終末期SRGが認められるかを調査する（目的2）。さらに、どのような臨床看護職者に患者との死別後に終末期SRGが認められるかを調査する（目的3）ことを目的とした。

仮説は、終末期体験頻度が多い臨床看護職者の方が少ない臨床看護職者よりも、仕事ストレスラーの下位因子（看護職者としての役割、死との向かい合い、患者との人間関係）が高い。同時に、終末期体験頻度が多い臨床看護職者の方が少ない臨床看護職者よりも仕事ストレスラーの総得点が高い（仮説1）。終末期体験頻度が多い臨床看護職者の方が少ない臨床看護職者よりも死別後の肯定的変化（終末期SRG）得点が高い（仮説2）。自己犠牲規範意識が高い臨床看護職者の方が低い臨床看護職者よりも死別後の肯定的変化（終末期SRG）得点が高い。同時に、援助規範意識の総得点が高い臨床看護職者の方が低い臨床看護職者よりも死別後の肯定的変化（終末期SRG）得点が高い（仮説3）。患者ケアに対する満足度の自己評価が高い

臨床看護職者の方が低い臨床看護職者よりも死別後の肯定的変化（終末期 SRG）得点が高い（仮説 4）である。

方 法

調査協力者

関東圏にある A 総合病院・クリニックに勤務している臨床看護職者（准・正看護師）243名に質問紙を配布し、214名より回答を得た（回収率88.1%、有効回答率75.2%）。終末期体験が無記入の者、欠損値が20個以上の者は除外し、最終的に161名のデータを分析対象とした。欠損値が20個未満の者は、個人毎の各因子の平均値を算出し、これを得点とした。内訳は女性153名、男性8名である。平均年齢は36.2歳（ $SD=10.1$ ）、臨床看護職者としての経験年数は平均11.3年（ $SD=8.8$ ）であった。

手続き

留置法による質問紙調査を実施した。2008年6月25日、8時15分からの看護部師長ミーティングの後、調査者がA総合病院・クリニック各部署の師長へ各部署の看護師数分の質問紙と封筒を配布し、各師長から調査協力を得られた参加者に質問紙と封筒を配布してもらった。記入期間は一週間とし2008年7月2日、各部署の師長に回収した質問紙を部長室に持参してもらい、調査者が全てを回収した。質問紙は無記名での回答を求めた。記入後の質問紙は個別に封緘する方法で、プライバシーに配慮した。

質問紙の構成

1. 臨床看護職者の属性を把握するための質問内容

- ①年齢、性別、経験年数、部署の記入を求めた。
- ②終末期にある患者にどの程度接しているかを、「6：毎日」「5：一週間のうち数回」「4：半月のうち数回」「3：一ヶ月のうち数回」「2：あまり接しない」「1：接した事がない」の6件法で回答を求めた。

2. 仕事ストレスの測定に用いた尺度

東口・森河・三浦・西条・田畑・中川（1998）が作成した「臨床看護職者の仕事ストレス測定尺度」の7下位因子（①職場の人的環境、②看護職者としての役割、③医師との人間関係と看護職者としての自立

性、④死との向かい合い、⑤仕事の質的負担、⑥仕事の量的負担、⑦患者との人間関係）33項目を使用した（全て $\alpha=.70$ 以上）。「0：状況なし」から「4：非常に強く感じる」の5件法で回答を求めた。

3. 死別後の心理的变化の測定に用いた尺度

安藤・松井・福岡（2003）の論文より引用した「死別後の心理的变化尺度」5下位因子（①生への実感と感謝、②自信・成長、③死への恐れ、④他者・世界への不信、⑤自己信頼感喪失）の肯定的12項目、否定的12項目を用いた（全て $\alpha=.76$ 以上）。「あなたが患者と死別した経験から、どのような心理的变化がありましたか？」と教示し、「1：あてはまらない」から「4：あてはまる」の4件法で回答を求めた。

4. 援助規範意識の測定に用いた尺度

箱井・高木（1987）の論文より引用した「援助規範意識尺度」の4下位因子（①返済規範意識、②自己犠牲規範意識、③交換規範意識、④弱者救済規範意識）29項目を使用した（本尺度の信頼性に関する明確な記述はないが、尺度項目の内的一貫性と構成概念妥当性を兼ね備えた尺度であると考えられる（清水、2001））。「1：非常に反対する」から「5：非常に賛成する」の5件法で回答を求めた。

5. 患者ケアに対する満足度の自己評価の測定に用いた尺度

岩瀬・森田・笹岡（2002）の論文より引用した「終末期医療に携わる看護師の患者ケアに対する満足度尺度」の5下位因子（①患者との関係、②患者の苦痛、③家族ケア、④チーム医療、⑤専門職としての能力）20項目を使用した（全て $\alpha=.71$ 以上）。「1：あてはまらない」から「4：あてはまる」の4件法で回答を求めた。

結 果

統計処理には、統計分析パッケージ SPSS for Windows 15.0J を使用した。

1. 年齢、経験年数、終末期体験の頻度と臨床看護職者の仕事ストレスとの関連性について（Table 1）

①年齢と臨床看護職者の仕事ストレス 7 因子と

Table 1 年齢・経験年数・終末期体験の頻度と臨床看護職者の仕事ストレスの相関分析結果（ $n=161$ ）

	職場の人的環境	看護職者としての役割	医師との人間関係と看護職者としての自立性	死との向かい合い	仕事の質的負担	仕事の量的負担	患者との人間関係	ストレス得点合計	<i>M</i>	<i>SD</i>
年齢	.02	-.15	.20**	.20**	-.16**	-.14	-.18**	-.01	36.17	10.14
経験年数	-.01	-.16**	.18**	.16**	-.20**	-.21**	-.16**	-.04	11.28	8.76
終末期体験頻度	.12	.24**	.15	.20**	.09	.37***	.13	.23**	3.06	1.54

** $p < .01$, *** $p < .001$.

で相関分析を行なった結果、医師との人間関係と看護職者としての役割（ $r = .20, p < .01$ ）、死との向かい合い（ $r = .20, p < .01$ ）で有意な正の相関がみられた。また、仕事の質的負担（ $r = -.16, p < .01$ ）、患者との人間関係（ $r = -.18, p < .01$ ）で有意な負の相関がみられた。

②経験年数と臨床看護職者の仕事ストレス 7 因子とで相関分析を行なった結果、医師との人間関係と看護職者としての役割（ $r = .18, p < .01$ ）、死との向かい合い（ $r = .16, p < .01$ ）で有意な正の相関がみられた。また、看護職者としての役割（ $r = -.16, p < .01$ ）、仕事の質的負担（ $r = -.20, p < .01$ ）、仕事の量的負担（ $r = -.21, p < .01$ ）、患者との人間関係（ $r = -.16, p < .01$ ）で有意な負の相関がみられた。

③終末期体験の頻度と臨床看護職者の仕事ストレス 7 因子とで相関分析を行なった結果、看護職者としての役割（ $r = .24, p < .01$ ）、死との向かい合い（ $r = .20, p < .01$ ）、仕事の量的負担（ $r = .37, p < .001$ ）、ストレス得点合計（ $r = .23, p < .01$ ）で有意な正の相関がみられた。

2. 臨床看護職者の患者との死別後の心理的变化と各変数との関連性について（Table 2）

肯定的変化と否定的変化の相関分析を行なった結果、有意な正の相関がみられた（ $r = .43, p < .001$ ）。

1）死別後の肯定的変化（終末期 SRG）

①臨床看護職者の患者との死別後の肯定的変化（終末期 SRG）と終末期体験とで相関分析を行なった結果、有意な正の相関（ $r = .21, p < .001$ ）がみられた。

②臨床看護職者の患者との死別後の肯定的変化（終末

期 SRG）と仕事ストレスとで相関分析を行なった結果、看護職者としての役割（ $r = .17, p < .05$ ）で有意な正の相関がみられた。

③臨床看護職者の患者との死別後の肯定的変化（終末期 SRG）と援助規範意識とで相関分析を行なった結果、返済規範意識（ $r = .19, p < .05$ ）、交換規範意識（ $r = .26, p < .001$ ）、弱者救済規範意識（ $r = .29, p < .001$ ）、援助規範意識合計（ $r = .34, p < .001$ ）で有意な正の相関がみられた。

④臨床看護職者の患者との死別後の肯定的変化（終末期 SRG）と患者ケアの満足度の自己評価とで相関分析を行なった結果、患者との関係（ $r = .32, p < .001$ ）、患者の苦痛（ $r = .20, p < .01$ ）で有意な正の相関がみられた。また、専門職としての能力（ $r = -.17, p < .05$ ）で有意な負の相関がみられた。

2）死別後の否定的変化

①臨床看護職者の患者との死別後の否定的変化と終末期体験とで相関分析を行なった結果、無相関であった。

②臨床看護職者の患者との死別後の否定的変化と仕事ストレスとで相関分析を行なった結果、職場の人的環境（ $r = .92, p < .001$ ）、医師との人間関係と看護職者としての自立性（ $r = .16, p < .05$ ）、死との向かい合い（ $r = .26, p < .001$ ）、仕事の質的負担（ $r = .16, p < .05$ ）、仕事の量的負担（ $r = .16, p < .05$ ）、患者との人間関係（ $r = .22, p < .001$ ）、仕事ストレス得点合計（ $r = .26, p < .001$ ）で有意な正の相関がみられた。

③臨床看護職者の患者との死別後の否定的変化と援助規範意識とで相関分析を行なった結果、自己犠牲規

Table 2 死別後の心理的变化と各因子の相関分析 ($n=161$)

		死別後の肯定的変化 (終末期 SRG)	死別後の否定的変化	M	SD
		r	r		
終末期体験		.21***	.05	3.06	1.54
仕事ストレス	職場の人的環境	.07	.92***	17.72	5.66
	看護職者としての役割	.17*	.13	13.70	3.41
	医師との人間関係と看護職者としての自立性	.04	.16*	12.26	4.74
	死との向かい合い	.12	.26***	9.39	3.70
	仕事の質的負担	.05	.16*	14.27	3.44
	仕事の量的負担	.07	.16*	14.99	3.65
	患者との人間関係	-.08	.22***	5.12	1.76
	仕事ストレス得点合計	.09	.26***	87.42	20.82
援助規範意識	返済規範意識	.19*	.09	24.88	2.47
	自己犠牲規範意識	.12	.28***	21.43	3.35
	交換規範意識	.26***	.18*	12.26	1.58
	弱者救済規範意識	.29***	.18*	16.07	2.51
	援助規範意識得点合計	.34***	.26***	87.81	6.94
患者ケアに対する自己満足度	患者との関係	.32***	.06	9.35	2.52
	患者の苦痛	.20**	-.01	8.95	2.02
	家族ケア	.07	-.05	10.55	2.34
	チーム医療	.03	-.25***	11.33	2.24
	専門職としての能力	-.17*	-.19*	9.37	3.08
	患者ケアに対する自己満足度得点合計	.12	-.15	49.56	7.30

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

範意識 ($r = .28, p < .001$)、交換規範意識 ($r = .18, p < .05$)、弱者救済規範意識 ($r = .18, p < .05$)、援助規範意識合計 ($r = .26, p < .001$) で有意な正の相関がみられた。

- ④臨床看護職者の患者との死別後の否定的変化と患者ケアの満足度の自己評価とで相関分析を行なった結果、チーム医療 ($r = -.25, p < .001$)、専門職としての能力 ($r = -.19, p < .05$) で有意な負の相関がみられた。

3. 臨床看護職者の患者との死別後の心理的变化の説明モデル

1) 死別後の肯定的変化 (終末期 SRG) と仕事ストレス、援助規範意識、患者ケアに対する満足度の自己評価の関連についてのパス図を Figure 1 に示す。患者との死別後の肯定的変化 (終末期 SRG) を従属変数とし、仕事ストレス、援助規範意識、患者ケアに対する満足度の自己評価を独立変数とした重回帰分析を行なった結果、0.1%水準で有意な重相関係数が得られた ($R = .36$)。一方、標準偏回帰係数については、援助規範意識で有意な正の値が得られた

Figure 1 死別後の肯定的変化（終末期 SRG）と仕事ストレスサー、援助規範意識、患者ケアに対する自己満足度の関連についてのパス図

Figure 2 死別後の否定的変化と仕事ストレスサー、援助規範意識、患者ケアに対する自己満足度の関連についてのパス図

($\beta = .33$)。

2) 死別後の否定的変化と仕事ストレスサー、援助規範意識、患者ケアに対する満足度の自己評価の関連についてのパス図を Figure 2 に示す。患者との死別後の否定的変化を従属変数とし、仕事ストレスサー、援助規範意識、患者ケアに対する満足度の自己評価を独立変数とした重回帰分析を行なった結果、0.1%水準で有意な重相関係数が得られた ($R = .37$)。一方、標準偏回帰係数については、仕事ストレスサー ($\beta = .21$) と援助規範意識 ($\beta = .23$) で有意な正の値が得られた。

考 察

1. 臨床看護職者の仕事ストレスサーと属性との比較

仕事ストレスサーと属性の分析結果から、高年齢の臨床看護職者よりも相対的に低年齢の臨床看護職者の方が、「仕事の質的負担」、「患者との人間関係」に関するストレスとの関連性が強い可能性が示唆された。また、経験が多い臨床看護職者よりも相対的に経験が少ない臨床看護職者の方が、「看護職者としての役割」、「仕事の質的負担」、「仕事の量的負担」、「患者との人間関係」に関するストレスとの関連性が強い可能性が示唆された。これらには、経験の不足の要因が関

係していると考えられる。幅広い年齢層の患者の身体的、精神的苦痛を理解するのは難しく、一般的には経験を要する。そのための葛藤や、看護技術の未熟さから抱えるストレスであると予想される。

一方、低年齢の臨床看護職者よりも相対的に高年齢の臨床看護職者の方が、「医師との人間関係と看護職者としての自立性」、「死との向かい合い」に関するストレスとの関連性が強い可能性が示唆された。また、経験が少ない臨床看護職者よりも相対的に経験が多い臨床看護職者の方が、「医師との人間関係と看護職者としての自立性」、「死との向かい合い」に関するストレスとの関連性が強い可能性が示唆された。これらは、看護職者としての経験を重ねることで看護の質が上がり、よりよい援助を模索することから抱えるストレスであると予想される。

さらに終末期体験の比較では、終末期体験が少ない臨床看護職者よりも相対的に体験が多い臨床看護職者の方が、「看護職者としての役割」、「死との向かい合い」、「仕事の量的負担」に関するストレス、そして、「ストレス得点合計」との関連性が強い可能性が示唆された。よって、終末期体験頻度が多い臨床看護職者の方が、「看護職者としての役割」、「死との向かい合い」に関するストレスが高いという仮説1はほぼ支持されたが、「患者との人間関係」についてのみ支持されなかった。

今回調査した病院も含め、ホスピスではないが急性期の患者を対象にした病院では、終末期患者のQOL (Quality of Life: 生活の質) を考慮した治療を行なうことは困難である (大森・遠坂・清水・板橋, 2006)。つまり、患者に残された時間を有意義に過ごしてもらおうという思いはあるが、限りある時間の中で、でき得る限りの看護を提供することで、臨床看護職者達も多くのストレスを抱えていると予想される。特に、仕事ストレス得点の合計で有意な正の相関がみられたことから、終末期体験が多い臨床看護職者に対するメンタルヘルス向上への支援が必要であると考えられる。

2. 臨床看護職者の患者との死別後の心理的变化と終末期体験、仕事ストレス、援助規範意識、患者ケアに対する満足度の自己評価の関連性について

肯定的変化と否定的変化の相関分析を行なった結果、有意な中程度の相関がみられ、患者との死別後に起こる心理的变化は、肯定的な心理と否定的な心理が同時に生起し、混在している可能性が示唆された。終末期医療の中で多様な死の看取り方の正解を見出すのは難しい。臨床看護職者は患者を看取る度に、その患者に提供した看護は正しかったのだろうかと自問自答を繰り返す。その中で臨床看護職者は、患者との出会いに感謝し、患者から色々なことを学んでいることが示唆された一方で、患者の死がトラウマになることもある程、悲嘆しているのも事実である。臨床看護職者には、悲しみを受容する間もなく次の職務が待っており、心の整理がつかないままであることが多いと予想される。

1) 肯定的変化 (終末期 SRG)、否定的変化と終末期体験

臨床看護職者の患者との死別後の肯定的変化 (終末期 SRG)、否定的変化と終末期体験頻度とで相関分析を行なった結果、終末期 SRG とは有意な正の相関がみられ、否定的変化とは相関はみられなかった。よって、終末期体験頻度が高い臨床看護職者には、患者との死別後に肯定的な心理変化があり、患者との死別経験というストレスから臨床看護職者が自己成長できる可能性があることが示唆された。よって、患者との終末期体験頻度が多い臨床看護職者の方が、死別後の肯定的変化 (終末期 SRG) 得点が高いという仮説2は支持された。

終末期患者には、他の患者に共通する「病状が良くなる」といった治療目標を立てるのではなく、「限られた時間の中で自分らしく生き切る」ための目標を、患者、家族と医療従事者が一緒になって考えていくこととなる。そのためには、1人の人間の人生を知り、患者本人を深く理解した上で、現時点あるいは今後における身体的苦痛と心理的状况を熟知・予測する必要がある。これらは、患者、家族とのコミュニケーションの中で情報を得ることが多く、患者、家族との関わりが重要になる。ところが、Ross (1969 川口訳

1971) や Deeken (1986) が述べているように、患者、家族が死を受容するまでには段階的のプロセスがある。このプロセスは、段階通りに進むとは限らず、これらの心理過程を繰り返しながら葛藤に苦しんでいる。つまり、患者、家族の心理状態は非常に不安定なのである。時に、臨床看護職者に対して怒りをぶつけることもあり、これが臨床看護職者のストレスサーと成り得る。

患者自身と家族にとって望ましい死を迎えてもらうための医学的、心理学的援助は、ルーチン化することができない。さらに、患者の死後に本当に納得して死を迎えられたかどうかを患者本人に確認して、フィードバックすることはできない。よって、終末期の中で可能な限りの援助を行なった場合でも、「もっとできることがあったのではないか」という罪悪感が残る。しかしその中で自己を振り返り、より高度な専門的援助を提供しようと模索し続けることが、臨床看護職者のスキルをアップさせ成長を獲得するのではないかと考えられる。終末期医療の場面では、患者側、医療者側の双方にとっても感情が大きく揺れ動く。したがって、専門職業人として、また人格的に成長する方向にあることが望まれるのである（阿部, 1995）。よって、臨床看護職者も患者や家族と同様に、感情を揺れ動かしながら自らの死をも見つめることによって、自身の看護観や死生観を探究し続ける。完成形のない状態下の努力が自己成長に繋がるのだと考えられる。

2) 肯定的変化（終末期 SRG）、否定的変化と仕事ストレスサー

臨床看護職者の患者との死別後の肯定的変化（終末期 SRG）、否定的変化と仕事ストレスサーとで相関分析を行なった結果、終末期 SRG では「看護職者としての役割」で有意な正の相関がみられた。よって、終末期 SRG 得点が高い臨床看護職者は「看護職者としての役割」に関するストレスを感じている可能性があることが示唆された。「看護職者の役割」に関するストレスサーの調査は、「患者の心の支えになってやれない時」、「患者が苦しんでいるのを見た時」などにストレスを感じるかどうかの問いに回答してもらうものであった。質問の内容から、終末期にある患者やその家族に対する看護上、特に精神的苦痛を軽減すること

が難しい問題が含まれている。患者、家族と共に臨床看護職者も第三者ではあるがストレスを感じるのだと考えられる。

死別後の否定的変化では、「職場の人的環境」、「医師との人間関係と看護職者としての自立性」、「死との向かい合い」、「仕事の質的負担」、「仕事の量的負担」、「患者との人間関係」、「仕事ストレスサー得点合計」で有意な正の相関がみられた。よって、患者との死別後に否定的な心理変化が大きい臨床看護職者は、多くの仕事ストレスを感じている可能性が示唆された。これは、終末期体験の中で、「死への恐れ」、「他者・世界への不信」、「自己信頼感喪失」の心理変化が大きく、自身が行なった看護への自己評価が低くなり、あらゆる場面での看護に対してストレスを抱いてしまったことが予想される。よって、個々人の自己評価を高めてもらうために、スタッフ同士や上司からのフィードバックを行なっていく必要があると考えられる。

3) 肯定的変化（終末期 SRG）、否定的変化と援助規範意識

臨床看護職者の患者との死別後の肯定的変化（終末期 SRG）、否定的変化と援助規範意識とで相関分析を行なった結果、終末期 SRG で「返済規範意識」、「交換規範意識」、「弱者救済規範意識」、「援助規範意識得点合計」と有意な正の相関がみられた。よって、終末期 SRG 得点が高い臨床看護職者は、返済規範意識、交換規範意識、弱者救済規範意識が高い可能性が示唆された。したがって、援助規範意識の総得点が高い臨床看護職者の方が死別後の肯定的変化（終末期 SRG）得点が高いという仮説 3 は支持されたが、自己犠牲規範意識が高い臨床看護職者の方が死別後の肯定的変化（終末期 SRG）得点が高いという仮説は支持されなかった。自己犠牲規範意識は相関がみられなかったが、全般的に高い値を示しており、平均的に持っている援助規範意識であると予想され、天井効果が認められたと考えられる。これらのことから、終末期 SRG 得点が高い臨床看護職者は広く援助規範意識を持っており、1 人 1 人の患者に合わせた看護を行っていると示唆された。これは、終末期患者であるかに関わらず、どのような疾患に罹患している患者であっても、臨床看護職者として患者に関わる際には、個

別的な対応が必要になることが関係しているのではないかと考えられる。つまり、人間を対象とする臨床看護職者の対応には柔軟性が求められるため、援助規範意識もまた広く持っているのではないかと考えられる。

死別後の否定的変化で、「自己犠牲規範意識」、「交換規範意識」、「弱者救済規範意識」、「援助規範意識得点合計」と有意な正の相関がみられた。よって、患者との死別後に否定的な心理変化が大きい臨床看護職者は、自己犠牲規範意識、交換規範意識、弱者救済規範意識が高い可能性が示唆された。看護の専門家として職務を遂行する上では、広い援助規範意識を持つことが必要となる。しかし、肯定的変化ではみられなかった自己犠牲規範意識と正の相関がみられ、否定的な心理変化が大きい臨床看護職者は自己を犠牲にする規範が高い可能性がある。この可能性を把握し、自己を犠牲にしやすい者に早期対応していくことで、バーンアウトなどを予防できると示唆される。

4) 肯定的変化（終末期 SRG）、否定的変化と患者ケアに対する満足度の自己評価

臨床看護職者の患者との死別後の肯定的変化（終末期 SRG）、否定的変化と患者ケアに対する満足度の自己評価とで相関分析を行なった結果、終末期 SRG で「患者との関係」、「患者の苦痛」と有意な正の相関がみられた。よって、終末期 SRG 得点が高い臨床看護職者は、患者との関係と患者の苦痛を軽減できたという満足度の自己評価が高い可能性が示唆された。つまり、患者への終末期看護で満足度の自己評価が高かったということになる。このことから、臨床看護職者の成長は患者との関わりの中で獲得するものであると言える。この関わりの中では、患者個人を深く理解するためのコミュニケーションを図る必要がある。そして、良い信頼関係を築けることで、患者からの自己開示を得て、患者と共に死を見つめることが可能になると考えられる。患者は家族に心配を掛けまいとして家族の前では平静を装い、誰にも言えない心情を臨床看護職者に訴えるケースがある。臨床看護職者は、相手の立場や思いを尊重し理解しながらも、冷静に現実を見つめて対応しなければならない。このような職務を担う臨床看護職者には大変な心理的負担がかかる。し

かし、過酷な業務の中で、少しでも力になれたと実感できる時の満足感はとても大きく、専門職者として自信に繋がると思われる。そして、その自信が次に会える患者へのケアに対する原動力となり、さらによりケアを追求するため成長できるのではないかと考えられる。

また、「専門職としての能力」では、有意な負の相関がみられた。よって、終末期 SRG 得点が高い臨床看護職者は、専門職としての能力に対する満足度が低い可能性が示唆された。これは、高度な看護技術やコミュニケーション能力が求められる終末期看護において、満足が得られにくいものであることが原因であると予想される。このことから、事例を基にした勉強会やカウンセリング技法などの教育、指導が必要であると考えられる。したがって、患者ケアに対する満足度の自己評価が高い臨床看護職者の方が SRG 得点が高いという仮説 4 は、患者へのケアに対する満足度の自己評価については支持されたが、患者家族、チーム医療、自己の能力に対する満足度の自己評価が高くなかった点では支持されなかった。

死別後の否定的変化で、「チーム医療」、「専門職としての能力」、「患者ケアに対する満足度の自己評価得点合計」と有意な負の相関がみられた。よって、患者との死別後に否定的な心理変化が大きい臨床看護職者は、チーム医療、専門職としての能力に対する満足度が低い可能性が示唆された。さらに、患者、家族、医療チーム、自己の全般において満足度の自己評価が得られにくい可能性が示唆された。これについても、個々人へのフィードバックを行い、スタッフ間のコミュニケーションを密に図っていく必要があると考えられる。

3. 臨床看護職者の終末期 SRG 獲得モデルの検証にむけて

死別後の肯定的変化（終末期 SRG）と仕事ストレス、援助規範意識、患者ケアに対する満足度の自己評価の関連についてのパス図を作成した結果、患者との死別後の肯定的変化（終末期 SRG）には、援助規範意識が影響している可能性が示唆された。このことから、終末期 SRG の獲得可能性を高めるには、援助

規範意識と患者ケアに対する満足度の自己評価を高める必要があると考えられる。そのためには、組織として個々人にケアの評価をフィードバックすることが重要である。しかし、フィードバックをどう受け止めるかは、個人差要因に関わる。本研究の見解は、横断研究によるものであるため、個人差を検討することや因果的説明が取りにくいという問題があった。患者との死別後に肯定的な心理変化が起こる臨床看護職者には、個人のパーソナリティである楽観性や自己効力感などが関係している可能性がある。しかし、本研究ではこのようなパーソナリティの検討をしていなかったことがパス図の決定係数が小さい原因にもなったと考えられる。よって、個人差を把握するため、パーソナリティ要因、その因果関係を検討することが今後の課題である。

また、死別後の否定的変化と仕事ストレス、援助規範意識、患者ケアに対する満足度の自己評価の関連についてのパス図を作成した結果、患者との死別後の否定的変化には、仕事ストレスと援助規範意識が影響している可能性が示唆された。このことから、否定的変化を低めるには、第一に仕事ストレスを軽減する必要があると考えられる。さらに、援助規範意識が高すぎてしまうと、自己を犠牲する可能性がありバーンアウトに繋がる可能性がある。これらの改善策として、臨床看護職者のメンタルヘルスを維持、向上するために組織的かつ計画的にメンタルヘルス・マネジメントに取り組む職場環境を整えることが重要である。

結 論

終末期医療に携わる臨床看護職者は、終末期医療外の勤務にある臨床看護職者よりも相対的に多くの仕事ストレスを抱えており、患者との死別体験後には肯定的な心理と否定的な心理が同時に生起するものの、特に援助規範意識および患者ケアの満足度を高く持つことで、ディストレスをユーストレスに変えられる人が多いことが予想され、患者との死別経験から自己成長することができる可能性が示唆された。高齢化社会の進行により、今後さらに過酷な勤務を余儀なくされる

と考えられる臨床看護職者に、自信と誇りを持ち続けてもらうためにこの事実を積極的に伝えていく必要があると考える。

終末期看護とは、死に逝く患者に対して身体的・精神的苦痛を軽減し、QOLを向上する看護のことである。このような終末期看護に携わる臨床看護職者は、ストレス過多の職務であることから、まず第一にストレス量のコントロールをしていく必要がある。さらに、臨床看護職者個々人のメンタルヘルスを維持するために、組織的かつ計画的にメンタルヘルス・マネジメントに取り組むことが重要である。そして、終末期SRGの獲得を促進するために、援助規範意識を高め、人間理解・コミュニケーション能力を身に付けるための、事例を基にした勉強会やカウンセリング技法などの教育・指導が必要であると考えられる。

引用文献

- 阿部一男（1995）. 第9章 末期患者の看護 松浦健児・岡村一成（編）看護・医療の心理学 実務教育出版 Pp. 145-162.
- 安藤清志・松井豊・福岡欣治（2003）. 親近者との死別による心理的反応 ―予備的検討― 東洋大学社会学部紀要, **41**, 63-84.
- Antonovsky, A. (1979). *Unraveling the Mystery of Health: How people Manage Stress and Stay Well*. Jossey-Bass publishers.
- （アントノフスキー, A. 山崎喜比古・吉井清子（訳）（2001）. 健康の謎を解く―ストレス対処と健康保持のメカニズム― 有信堂高文社）
- Becker, C. (2003). 臨死体験の臨床的応用 日本死の臨床研究会（編）死の臨床10 スピリチュアルケア 人間と歴史社 pp. 162-165.
- Deeken, A. (1986). 第9章 悲嘆のプロセス―残された家族へのケア ゲーテン, A. メジカルフレンド社編集部（編）死を看取る 死への準備教育 メジカルフレンド社 2巻 pp. 255-274.
- 箱井英寿・高木修（1987）. 援助規範意識の性別、年代、および、世代間の比較 社会心理学研究, **3**, 39-47.
- 東口和代・森河裕子・三浦克之・西条旨子・田畑正司・

- 中川秀昭 (1998). 臨床看護職者の仕事ストレスについて —仕事ストレス測定尺度の開発と心理測定学的特性の検討— 健康心理学研究, **11**, 64-72.
- 東村奈緒美・坂口幸弘・柏木哲夫・恒藤暁 (2001). 死別経験による遺族の人間の成長 死の臨床, **24**, 69-74.
- 福岡欣治・安藤清志・松井豊 (2004). 航空機事故による死別反応の研究 (9) —中華航空機事故遺族の事故8年半後における心理的適応— 日本社会心理学会第45回大会発表論文集, 740-741.
- 岩瀬紫・森田達也・笹岡郷子 (2002). 終末期医療に携わる看護師の患者に対する満足度 日本死の臨床研究会 (編) 死の臨床10 スピリチュアルケア 人間と歴史社 pp. 294-304.
- 国立がんセンター・がん対策情報センター (2008). がん情報サービス 最新がん統計
〈<http://ganjoho.ncc.go.jp/public/index.html>〉 (2008年5月4日)
- 内閣府 (2008). 平成20年版 高齢社会白書
〈<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2008/zenbun/20index.html>〉 (2008年5月6日)
- 中澤美穂・小出洋子・西澤春奈・青木由美子 (2006). 一般病棟に於ける終末期の患者ケアに対する看護師の満足度 第37回成人看護Ⅱ, **37**, 180-182.
- 大森優子・遠坂あき・清水紀子・板橋恵子 (2006). QOL を考慮した終末期患者の関わり 北関東医学会 第3回群馬がん看護フォーラム, **56**, 353.
- 大西奈保子 (2006). ターミナルケアに携わる看護師の態度と悲嘆・癒しとの関連 東洋英和大学院紀要, **2**, 89-100.
- Park, C. L., Cohen, L. H., & Murch, R. L. (1996). *Assessment and prediction of stress-related growth*. Journal of Personality, **64**, 71-105.
- Ross, K. E. (1969). *On Death and Dying*. New York: Macmillan.
- (E・キューブラー・ロス 川口 正吉 (訳) (1971). 死ぬ瞬間 読売新聞社)
- 清水裕 (2001). 援助規範意識尺度 吉田富二雄 (編) 心理測定尺度集Ⅱ —人間と社会のつながりをとらえる〈対人関係・価値観〉— サイエンス社 pp. 183-188.
- 義本純子・富岡和久 (2007). 介護老人福祉施設における職員のバーンアウト傾向とストレス要因の関係について 北陸学院大学短期大学部紀要, **39**, 161-173.

謝辞

本研究を行うにあたり、病院の看護部長はじめ、各師長、調査協力者の皆様に多大なご理解とご協力をいただきました。また、江戸川大学の橋本空先生には、お忙しい中ご指導をいただきました。心より感謝いたします。

(2009. 4. 6 受稿, 2009. 12. 14 受理)