

ターミナルケアにおける死別後の悲嘆と対処行動に関する心理学的研究：緩和ケア病棟の看護婦を対象に

山田, 淳子
九州大学大学院人間環境学府

野島, 一彦
九州大学大学院人間環境学研究院

<https://doi.org/10.15017/883>

出版情報：九州大学心理学研究. 3, pp.217-227, 2002-03-31. 九州大学大学院人間環境学研究院
バージョン：
権利関係：

ターミナルケアにおける 死別後の悲嘆と対処行動に関する心理学的研究 —緩和ケア病棟の看護婦を対象に—

山田 淳子 九州大学大学院人間環境学府
野島 一彦 九州大学大学院人間環境学研究院

The psychological research on grief and coping behaviors after the bereavement in terminal care — Focusing on the nurses in the palliative care units —

Junko Yamada (*Graduate school of Human-Environment Studies, Kyushu University*)
Kazuhiro Nojima (*Faculty of Human-Environment Studies, Kyushu University*)

This study examined the effect of patients' death on the nurses in the palliative care units from the viewpoint of grief and coping. The author made the scale on grief and coping behaviors from the data of 197 nurses who work in palliative care units. In the grief scale, three factors were extracted: depression, a sense of self-condemnation, and feelings of capture and lassitude. In the coping behavior scale, three factors were also extracted: positive-emotion-focused coping, negative-emotion-focused coping, problem-focused coping. The results showed that age and working years were related to a sense of the self-condemnation. It was also indicated that supporting nurses also who are young and less experienced is especially important. In relation with coping, there was one particular group of nurses in which the grief score was extremely low. Regarding this point, further research from the viewpoint of burnout will be necessary.

Keywords: grief, coping behavior, nurse, terminal care

問題と目的

現在、日本人の死因の1位は癌であり（厚生省、1997）、そのうちおよそ90%が病院で死を迎えているといわれる（河野、1999）。こうした中、ターミナルケアと呼ばれる医療が近年盛んになりつつある。ターミナルケアでは、QOL (quality of life) など、あくまでも患者の生の部分に焦点が当てられているが、同時に「死」や「死別」を目前にした心理的問題も密接に関わっている。死に関してのターミナル患者への心理的援助については、Kubler-Ross (1969) 以来、岸本 (1996)、中原 (2000) など、医学、看護学のほか、精神医学や心理学の立場からも研究が蓄積されつつある。また、家族については川又他 (1999) や小島 (1990)、柏木 (1995) などがある。

では、看護婦をはじめとする医療スタッフは、患者との死別の際にどのような体験をしているのであろうか。緩和ケア医療の進んだ海外では、量的データを用いた実証的な研究が蓄積されている。例えば、緩和ケアに従事する看護婦には、患者との死別後、絶望感や社会的孤立感、身体症状等が強くみられることが報告されている (Feldstein, 1995)。また、患者がよき死を迎えられなかった場合にスタッフは罪悪感と悲しみに苛まれる (Vacon, 1995) ほか、役割葛藤や理想と現実とのギャップによる苦悩も加わる (Killeen, 1993) と言われてお

り、医療スタッフへの心理的援助の必要性が主張されている。

一方で、日本におけるこの分野の研究は、事例研究や個人的手記による部分的記述に留まっている。しかし、日本での緩和ケア病棟は増加傾向にあり、患者と密接に関わる看護婦自身の問題も徐々に顕在化しつつあるように思われる。例えば立花ら (1998) は事例研究の中で、患者の思いがけない死に大きく“動揺”し、“深い悲しみと強い無力感に襲われた”看護婦の心理状態を報告している。また、大川 (1999) も、患者の死後5年間にわたり無力感と不全感を抱いた自らの看護事例を検討している。これらの事例からは、日本においても、患者の死をめぐる看護婦の心理的問題が潜在的に存在していることが示唆される。しかしながら、ストレス研究においても、患者の死は看護婦のストレスの一要因として部分的に取り上げられるに留まっている (例えば久保・田尾, 1994; 東口・森河, 1998)。したがって、現在の日本では、患者の死による看護婦の心理的問題に焦点を当てた具体的取り組みがなされていないように思われる。

ところで、死別体験後に引き起こされるこうした一連の反応やプロセスは、悲嘆 (grief) という用語によって、Freud (1917) 以来、心理学において様々な研究がなされてきた。富田他 (1997) によると、悲嘆とは、死別等の“喪失に対する情動的、精神生理学的反応”と定義

される。Worden (1993) は、悲嘆を対象喪失後の反応として捉える立場から、(1) 感情 (2) 身体的感覚 (3) 認識 (4) 行動、の4カテゴリーを設定している。また、Burnell&Burnell (1989) は、(1) 身体的症状 (2) 精神的症状 (3) 情緒的症状 (4) 行動的表示、という分類を提示しており、富田他 (1997) もこれに準じた分類をとっている。一方、Freud (1917) の「悲哀とメランコリー」をはじめとした、プロセスを重視する立場 (Lindemann, 1944; Parkes&Weiss, 1983; Deeken, 1986. 等) では、悲嘆 (grief) に類似する言葉として悲哀 (mourning) という用語が頻繁に用いられており、回復過程の時間的連続性を前提とした検討が多数なされている。

このように、死別に関する研究において研究者間で用語の定義や捉え方が異なっているため、現在でも「悲嘆 (grief)」の心理学的定義については明確な同意が得られておらず、「悲哀 (mourning)」など類似の用語との混同が生じている。そこで平山 (1997) は、これらの用語を整理し、悲哀 (mourning) を喪失体験後の心理的過程、悲嘆 (grief) を症状ないし反応と捉えて区別している。こうした現状を踏まえ、本研究では、平山 (1997) と Worden (1991) の定義にならって、悲嘆を死別体験後の反応として捉える立場をとり、時間軸を含めたプロセスとしての悲哀と区別する。

また、死別後の適切な援助介入のための客観的指標が求められており、海外では悲嘆尺度開発の試みが多数なされている (例えば Faschingbauer *et al.*, 1987; Prigerson *et al.*, 1995) ほか、日本でも富田他 (2000) などがある。

ただし、悲嘆自体は、何らかの喪失体験後に通常誰もが体験するものであり、それ自体が問題であるわけではない (Worden, 1993)。死別後の悲嘆症状が問題となるのは、それが生活上の重篤な不適応症状をもたらす場合であり、こうした状態は「病的悲嘆」という言葉で表現される (例えば小原, 1988; Prigerson *et al.*, 1995; Horowitz *et al.*, 1997; 富田他, 1997)。病的悲嘆には、身体症状やアルコール依存のような行動化、慢性化した抑うつ状態などのほか、全く症状が現れず、感情さえ自覚しえない悲嘆の欠如なども含まれる (小原, 1988)。また、DSM-IV (精神疾患の診断・統計マニュアル; アメリカ精神医学会) では「死別反応 Bereavement」を“臨床的関与の対象となることのある状態”として記載していることから、時に死別体験後の諸症状が、治療対象となりうるものが伺われる。多くの人々は、死別体験にうまく対処し、自力で悲嘆を解決していくことができるが、一方で、悲嘆の作業を推し進めることが妨げられて、上述したような重篤な症状へと移行してしまう人々もいる (Worden, 1993)。

Parkes&Weiss (1983) によると、悲嘆の克服が困難となる要因には、死そのものの様式や社会的支援、死者との

関係性、残された者の性格特性などが挙げられる。その一方で、個人の能動的な対処の視点からは、“喪失の事実を受容する (Parkes&Weiss, 1983; Worden, 1993)”, “自尊心を修復・維持する (Saunders, 1994) “死者を情緒的に再配置し、生活を続ける (Worden, 1993)” 等の、悲嘆を克服する具体的課題の達成がうまくゆかず、症状が慢性化していくプロセスを指摘する意見もある (Feldstein, 1995)。

ここで、ターミナルケアにおける看護婦の死別に視点を戻すと、看護婦は仕事に没頭したり、身体症状を呈したりすることで、これらの課題に触れないでいる (Saunders, 1994) 可能性が指摘されている。また、現場では、看護婦の心理的葛藤が検討の対象になる機会は少ない (大川, 1999) 上に、看護婦は死別後の自分の体験を同僚と分かち合うことをためらいやすい (Vachon, 1987) とも言われている。さらに、多忙な業務の中で看護婦は複数の死別体験を重ね、自分の感情に対処できないまま次の患者のケアへと悲嘆を持ち越している可能性がある。

こうした看護婦の心身の健康状態が、患者へのケアを直接的に左右する重大な要因である可能性を考慮すると、患者との死別による看護婦の悲嘆と、それに対して実際に用いられている対処行動について把握することは重要であると思われる。また、こうした基礎研究は、ターミナルケアに関わる医療スタッフへのより効果的な心理的支援のための有用な情報となりうると思われる。

以上より本研究では、悲嘆を「死別後に個人が経験する心理的、身体的、社会的諸反応」、死別後の対処行動を「死別後、個人が自らの悲嘆を緩和するために用いる様々な認知的、行動的試み」と定義する。

そして、第1研究において、患者との死別により引き起こされる看護婦の悲嘆、それに対して看護婦が用いる対処行動の2点についてそれぞれ質問項目を作成することで、その内容を把握し、第2研究において、患者との死別後に看護婦が用いる対処行動と、悲嘆との関連について検討することを目的とする。

第1研究

目的

緩和ケア病棟に勤務する看護婦の悲嘆の質問項目を作成した上で因子分析を実施し、勤務年数や役職等、諸属性との関係を調べる。また、死別後の看護婦の対処行動についても質問項目を作成し、因子分析を実施して内容を明らかにする。

方法

1. 質問項目の作成・選定

対象者 X県内の緩和ケア病棟の看護婦23名

質問形式と手続き まず、看護婦には①患者との死別後の心理・身体・行動的側面での体験および変化、②死別体験後にとった対処行動、また、役に立ったことなど、の2点についてたずね、自由記述形式で回答を求めた。質問紙は各回答者ごとに個別の小封筒に密封し、記述内容が他者に漏れる心配のないよう配慮した。各回答内容を整理し、関連文献を参考に項目を加え、悲嘆と対処行動それぞれの質問項目を作成した。

妥当性の検討 内容的妥当性を検討する目的で、悲嘆項目の一覧表に、筆者の考える悲嘆の定義を添えたものを心理・教育相談に関わっている臨床家3名に判定してもらい、28項目を選定した。対処行動項目においても、同様の手続きをとり、20項目を選定した。

2. 調査の実施

対象者 九州、中国地方の緩和ケア病棟12施設に勤務する看護婦197名。

調査期間 2000年11月上旬～12月。

手続き 各施設に研究の趣旨を説明し、了解を得た。その後質問紙を郵送し、2週間の留置後、回答を返送してもらった。項目収集時の調査と同様、プライバシー保護のための手続きを徹底した。

質問紙 (a) フェイスシート：年齢、性別、看護経験年数、ホスピス勤務年数、地位について記入を求めた。

(b) 看護婦の悲嘆に関する質問項目28項目。教示“ご自身のホスピス勤務経験の中で、最も印象に残った患者さんとの死別体験についておたずねします。患者さんを看取った後、どのようなことを感じたり、体験されたりしましたか？以下の項目について、「全くあてはまらない」～「非常にあてはまる」のうち、最も近いところに○をつけてください”の後、5段階尺度で回答を求めた。

(c) 死別後の看護婦の対処行動に関する質問項目20項目。教示“患者さんとの死別後、ご自身の気持ちや身体の状態を和らげるために、どのようなことをされましたか？以下の項目について、「ほとんどしなかった」～「よくした」のうち、最も近いところに○をつけてください”の後、5段階尺度にて回答を求めた。

結果

197名の看護婦に配布した質問紙のうち、返却のあったものは138部（回収率70.1%）で、うち有効回答数は134部であった。回答者の平均年齢は33.2歳（SD=8.17）であり、134人中男性2名、女性131名、無回答1名であった。役職は、婦長4名、主任10名、正看護婦119名、准看護婦1名であった。

看護婦の悲嘆項目について、「全く当てはまらない」1点～「非常にあてはまる」5点、対処行動について「ほとんどしなかった」1点～「よくした」5点とし、得点

化した。逆転項目については得点を反転して計算した。

1. 悲嘆の因子構造と諸要因との関連

不良項目のチェックと因子分析 28項目中、得点の正規性に乏しい4項目を除外した後、最小2乗法、オブリミン回転による因子分析を実施した。負荷量が.40に満たない5項目を除外して再度分析を行い、最終的に3因子からなる19項目を看護婦の悲嘆尺度とした（Table 1）。

因子の命名 第1因子は「気持ちがあひどく落ち込んだ」「何もやる気がおこらなかった」等、うつ状態に記述される内容の項目が多く含まれていることから、「抑うつ（10項目）」と命名した。第2因子は「何もしてあげられなかったという悔いを感じた」等、主に看護婦という職業的立場から自分の役割や責任を問う項目から構成されていたため、これを「自責の念（4項目）」と命名した。第3因子には「場所や物など、何かにつけて患者さんのことを思い出した」等、心が患者にとらわれている様子を表す項目と同時に、「身体中の力が抜けてしまったように感じた」「心の中にぽっかりと穴があいてしまったように感じた」等、心身両面における空虚感や脱力感を示す項目が含まれることから、これを「とらわれと脱力感（5項目）」と命名した。

信頼性と妥当性の検討 各因子と尺度全体におけるクロンバックの α 係数は、「抑うつ」.91、「自責の念」.75、「とらわれと脱力感」.80、尺度全体.91であり、一定水準の信頼性が得られた。妥当性については、臨床家評定により内容的妥当性が確認された。

悲嘆と諸属性との関連 悲嘆の各因子における標準因子得点と全得点を従属変数、年齢・看護経験年数、ホスピス経験年数、役職をそれぞれ独立変数として、一要因の分散分析を実施した。多重比較にはTurkeyのHSD検定を用いた。その結果、年齢とホスピス勤務年数において、自責の念の得点に有意差がみられた（年齢： $F_{(3,126)}=3.01$, $p<.05$ ；ホスピス勤務年数： $F_{(5,126)}=3.24$, $p<.01$ ）。20代の看護婦は40代の看護婦よりも患者との死別において自分を責めやすく（Figure 1）、勤務年数が5年以上の看護婦は、1年未満、および1年以上2年未満の看護婦よりも自責の念を感じていなかった（Figure 2）。看護経験年数や役職を独立変数とした分析では、有意差はみられなかった。

2. 対処行動の因子構造

不良項目のチェックと因子分析 得点の正規性に乏しい2項目を除外し、残った18項目についてオブリミン回転による主因子法を実施した。いずれの因子負荷量も小さかった1項目を除外し、再度分析を行い、3因子17項目を対処行動尺度として決定した（Table 2）。

因子の命名 従来、Lazarus&Folkman（1984）に始まるス

Table 1 患者との死別後の看護婦の悲嘆の因子分析結果

	因子負荷量			h ²
	F 1	F 2	F 3	
第1因子：抑うつ($\alpha = .91$)				
25. わけもなくいらいらした	.88	-.01	-.27	.85
17. いつもの仕事を手につかなかった	.82	-.03	.09	.67
24. 気持ちが不安定になった	.80	-.01	.11	.65
20. 何もやる気がおこらなかった	.79	.07	.06	.63
4. 冷静に物事を考えることができなかった	.60	.14	.08	.39
23. 気持ちがひどく落ち込んだ	.56	.19	.19	.39
22. ポーっとして何も感じられなかった	.55	.08	.13	.33
18. 患者さんの死を信じるができなかった	.55	.01	-.05	.30
14. 仕事をしばらく休みたいと思った	.54	-.12	.25	.37
8. 一時的に眠れなくなった	.53	.01	.23	.33
第2因子：自責の念($\alpha = .75$)				
6. 何もしてあげられなかったという悔いを感じた	.08	.85	-.04	.72
2. もっと患者さんを楽にしてあげられたのではないかと思った	-.06	.63	.08	.40
5. 自分のケアに悪いところがあったように感じた	.28	.56	.00	.39
11. これでよかったのだと思った(*)	-.05	.53	-.03	.29
第3因子：とらわれと脱力感($\alpha = .80$)				
16. 体中の力がぬけてしまったように感じた	.10	-.01	.72	.53
13. 心の中にぽっかりと穴があいてしまったように感じた	-.04	.00	.66	.44
7. 場所や物など、何かにつけて患者さんのことを思い出した	-.06	.04	.62	.38
10. 患者さんのことが頭から離れなかった	.23	.03	.55	.36
1. 心身ともにながっくりと疲れた感じがした	.23	.06	.49	.29
固有値	7.61	1.86	1.65	
寄与率(%)	40.05	9.80	8.68	
累積寄与率(%)	40.05	49.85	58.54	

(*)は逆転項目

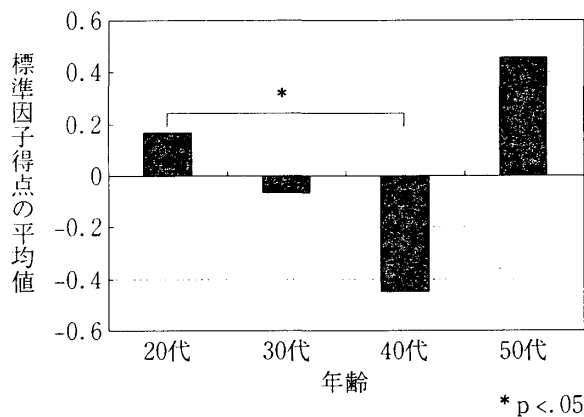


Figure 1 年齢別の「自責の念」標準因子得点

トレスと対処行動の研究では、対処行動はストレスの源となっている問題や状況そのものに直接働きかける「問題焦点型対処行動」と、自らの認知を変える・情動を緩和する等の間接的な方法を試みる「情動焦点型対処行動」に大別されており、多くの研究者がそれにほぼ対応

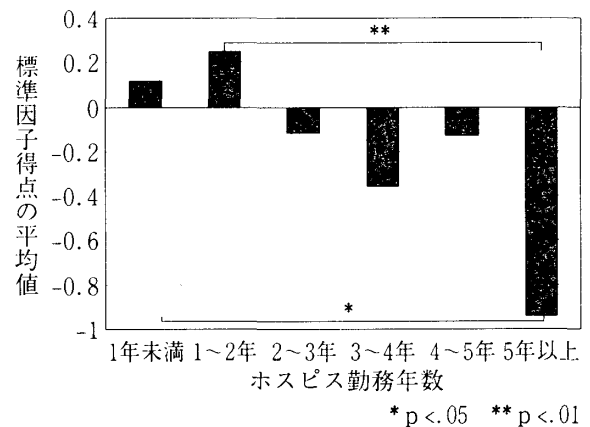


Figure 2 ホスピス勤務年数別の「自責の念」標準因子得点

する様々な尺度を開発している。本研究で用いた対処行動尺度について、まず第3因子から検討すると、「本を読むなどして、状況を改善するための情報や知識を得た」「もう一度そのことについて検討しておしてみた」など、自分が置かれている状況や状態について、直接的な

Table 2 患者との死別後の看護婦の対処行動項目の因子分析結果

	因子負荷量			h ²
	F 1	F 2	F 3	
第1因子：積極的情動調整型対処 ($\alpha = .83$)				
6. ものごとの明るい面を見ようとした	.70	.06	-.05	.49
13. 自分の状況を人に話し、気持ちを理解してもらった	.65	-.05	.02	.43
5. この経験から得るものがあると考え、よい機会だと思うようにした	.65	-.22	.16	.50
16. 気を静めたり、自分を励ましたりした	.57	.24	.15	.41
12. 状況が変化し何らかの対応ができるようになるのを待った	.50	.36	.00	.38
14. 周りの人に援助してくれるよう頼んだ	.44	-.04	.28	.27
15. 気を紛らわせるため、楽しいことをするなどして気分転換を図った	.41	.35	.13	.31
第2因子：消極的情動調整型対処 ($\alpha = .85$)				
9. 自分にはどうしようもないので仕方がないと思って諦めた	-.09	.88	-.04	.79
10. なるようにしかならないと思って開き直った	.08	.80	-.27	.71
8. そのことについて、あまり考えないようにした	.01	.69	.00	.48
19. 自分だけに責任があるわけではないと考えた	-.17	.64	.32	.54
11. 時の過ぎるのにまかせた	.20	.61	-.29	.49
17. その状況から遠ざかった	.14	.56	.09	.34
第3因子：問題焦点型対処 ($\alpha = .78$)				
2. 本を読むなどして、状況を改善するための情報や知識を得た	.01	.11	.76	.59
1. 具体的な対策を立てて、どうしたらよいかを考えた	.13	-.09	.66	.46
3. もう一度そのことについて検討しなおしてみた	.25	-.20	.50	.35
4. 自分自身の何かを変えるよう努力した	.29	.10	.46	.30
固有値	5.07	3.56	1.30	
寄与率 (%)	29.79	20.96	7.65	
累積寄与率 (%)	29.79	50.76	58.41	

方法でアプローチを試みる項目によって構成されている。これは、Lazarusらの「問題焦点型対処」に対応すると考えられるため、文字通りこれを「問題焦点型対処（4項目）」と命名した。一方、第1因子と第2因子は、情緒的混乱の緩和・沈静化のために他者に援助を求める、物事の捉え方を変えるなど、間接的な対処行動によって構成されており、双方ともLazarusらの「情動焦点型対処」に対応すると考えられるが、各因子の具体的な方法が対照的な点に特徴がみられた。第1因子は「ものごとの明るい面を見ようとした」「自分の状況を人に話し、気持ちを理解してもらった」などの項目から成り、主に情動の調節を積極的に試みているため、「積極的情動調整型対処（7項目）」と命名した。一方の第2因子は、「自分にはどうしようもないので仕方がないと思って諦めた」や「そのことについてあまり考えないようにした」等を含み、諦めや開き直り、回避等の消極的な方法に頼っているため、これを「消極的情動調整型対処（6項目）」と命名した。

信頼性と妥当性の検討 クロンバックの α 係数は、「積極的情動調整型対処」が.83、「消極的情動調整型対処」が.85、「問題焦点型対処」が.78、尺度全体の α 係数は.85であり、一定以上の水準の内的一貫性が得られた。妥当

性については悲嘆尺度と同様、臨床家評定による内容的妥当性が確認された。

考 察

1. 死別後の看護婦の悲嘆

悲嘆項目の因子構造 悲嘆項目について因子分析を行った結果、「抑うつ」、「自責の念」、「とらわれと脱力感」の心理的側面を中核とした因子が抽出された。これらの因子は、先行研究（小島，1988；Worden，1991；Burnell&Burnell，1989ほか）において心理的または情緒的症狀の中に下位項目として分類されているものと対応しており、本尺度は悲嘆の心理的側面を主に反映していると考えられる。

また、他の2因子が従来の悲嘆反応にも表れうる個人的な反応を反映していたのに対し、「自責の念」因子は、看護婦という立場からの罪悪感、自責を示している因子として注目できよう。看護婦の悲嘆には、患者への個人的な感情と同時に専門職としてのアイデンティティが大きく関わっていることが示唆された。

悲嘆と諸要因との関係 分散分析の結果、患者と死別した際に、20代の看護婦は40代の看護婦よりも「何もしてあげられなかった」「自分のケアに悪いところがあった」

などと感じやすいことが明らかになった。また、ホスピスに勤めて5年以上たつ看護婦は、2年未満の看護婦よりも自責の念をあまり感じていなかった。これらの結果を説明する背景としては、対照的な2つの可能性が考えられる。その一つは、看護経験の蓄積により、看護婦自身に心理的余裕が生まれ、柔軟な看護観が獲得されるといふ説明である。看護婦という職業は、温かい感性と冷たい理性を両立させなければならない(田尾・久保, 1996)職業であるが、経験の浅い看護婦の場合、そうした感情の調節が困難であり、患者に過度に思い入れ、抱え込んでしまう結果、死別した際に自責感に苛まれてしまうのかもしれない。また、ターミナルケアでは、看護婦の努力の結果は「病気が治る」といった顕著な形ではフィードバックされにくく、看護婦は役割のあいまいさを深刻に経験せざるを得ない(田尾・久保, 1996)。こうしたケアの限界や役割葛藤を抱きながら経験を重ねる中で、看護婦はターミナルケア独自の看護観や生きがいを見出して行くのかもしれない。この立場から今回の結果を説明すると、経験を積むことによって看護婦自身は新たな看護観を見出し、納得のいく看取りを体験できるようになったものと考えられる。

しかし、もう一方の説明は、こうした楽観的なものではない。先に述べたターミナルケアにおける看護の限界は、時に看護婦を激しい無力感に陥れるものである。それでも日々の業務をこなしていかなければならない看護婦は、経験を積む中で、患者と情緒的な距離をとることによって自らを精神的動揺から守る、一種の防衛を身に付けるかもしれない。それは適度に行われれば、患者との情緒的関係と自らの精神的健康双方を守るバランスのとれたものにもなるだろう。しかし一方で、過度な防衛は、患者との関係性を無機質なものにし、看護婦の側に起こる情動体験を弱めたり、自覚させないように働いたりする可能性を孕んでいる。この視点に立つと、経験を積んだ看護婦の悲嘆得点の低さは、無機質な形骸化した看護を示唆していると考えられる。

今回の研究においては、これらは可能性を指摘するにとどめねばならない。しかしいずれの視点においても、経験の浅い若い看護婦が、患者との死別を経験した際の、周囲のサポートが重要であることは共通した結論であろう。死別体験後に適切な心理的サポートが得られることで、看護婦が悲嘆を1人で抱え込み、バーンアウト等に陥る事態を避けることが可能となると考えられる。

2. 対処行動項目の因子構造

対処行動の項目について因子分析を行った結果、17項目が採用され、「積極的情動調整型対処」「消極的情動調整型対処」「問題焦点型対処」の3因子を抽出した。この因子構造は、先行研究の結果をほぼ再現する形となったが、特に本研究では、2つの因子が情動焦点型対処に対

応した点も興味深い。人の死は不可逆な出来事であり、我々はどうすることもできない。因子分析において抽出された第1, 第2因子が情動焦点型対処に対応していたことは、死別に際して、各自が気持ちを整理し、死別体験を自分なりに納めていく過程が重要であることを実証的に示したといえよう。

以上より、死別後の対処行動には複数の因子が見出されたわけであるが、バランスのとれた対処行動が重要であるとする先行研究(黒田, 1991)の結果を踏まえると、対処行動が偏って用いられる場合には何らかの弊害が起こることも予想される。また、こうした対処行動のパターンの違いが、悲嘆の表れ方に差異をもたらしているかもしれない。第二研究では、対処行動のパターンと悲嘆との関連について検討していく。

第2研究

目的

患者との死別後の看護婦の悲嘆と、対処行動との関連について検討する。

方法と結果

第一研究で得られた結果より、悲嘆および対処行動の各因子の標準因子得点と、尺度の全体得点を算出した。対処行動のスタイルと悲嘆との間にどのような関連があるかを検討するために、対処行動の各因子の標準因子得点を変量として、最遠隣法によるクラスター分析を行い、4つのクラスターを確定した。第1クラスター53名(39.55%)、第2クラスター27名(20.15%)、第3クラスター43名(32.09%)、第4クラスター11名(8.21%)であった。

1. クラスターの命名

まず、各クラスターの特徴を把握するため、対処行動の各標準因子得点の平均値の差を一要因の分散分析によって各クラスター内で比較したところ、全てのクラスターにおいて有意差がみられた(第1クラスター： $F_{(2,104)}=31.75$, $p<.001$; 第2クラスター： $F_{(2,52)}=16.35$, $p<.001$; 第3クラスター： $F_{(2,84)}=3.63$, $p<.05$; 第4クラスター： $F_{(2,20)}=23.16$, $p<.001$)。多重比較による各クラスター内の平均値の差は、第1クラスターでは、「消極的情動調整型対処」<「積極的情動調整型対処」<「問題焦点型対処」、第2クラスターでは「積極的情動調整型対処」<「問題焦点型対処」<「消極的情動調整型対処」、第3クラスターでは「積極的情動調整型対処」が「問題焦点型対処」よりも有意に得点が高く、第4クラスターでは「問題焦点型対処」<「積極的情動調整型対処」<「消極的情動調整型対処」の順であった。

この結果から、各クラスターの特徴を以下のように解釈し、命名を行った。第1クラスター：具体的な対策を

立てる、よい機会だと考え直すなど、積極的肯定的に自ら行動を起こして状態の改善を図ろうとし、消極的な対処行動をあまり用いない人々によって構成される。よって、この群を「積極群」と命名した。第2クラスター：3種類の対処行動の標準因子得点が平均を下回っており、対処行動そのものを用いることに消極的な姿勢を示している群であることから、この群を「低対処群」と命名した。第3クラスター：全体的にどの因子得点も平均値付近に集中しており、平均的な対処行動をバランスよく用いる人々で構成されていると考えられることから、「平均群」と命名した。第4クラスター：問題に直接的に取り組むような対処行動はあまりとらずに情動の緩和・軽減をねらった間接的な方法に用いる人々から構成される。特に、あまり考えないようにする、仕方がないとあきらめるといった消極的な対処行動を多く用いる人々から構成されていることから、この群を「消極群」と命名した。各クラスターの最終セントロイドをFigure 3に示す。

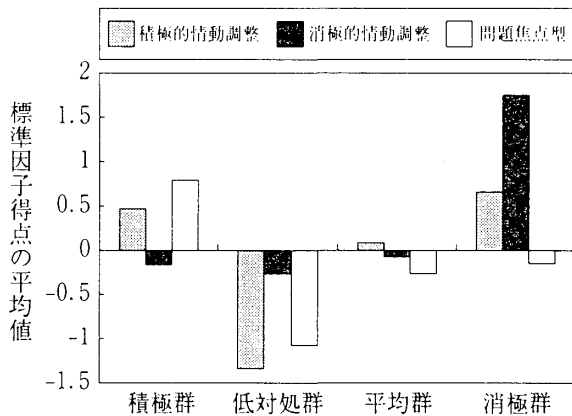


Figure 3 対処行動尺度による各クラスターの特徴

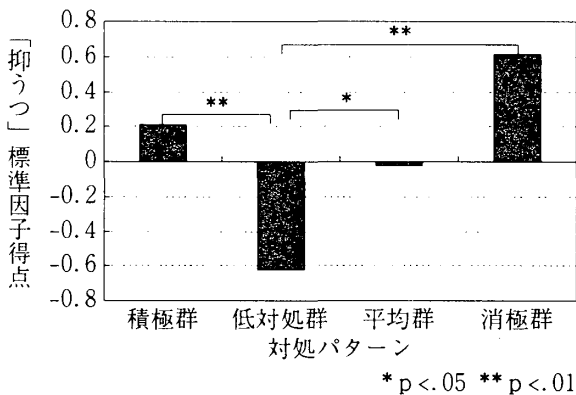


Figure 4 対処パターンによる「抑うつ」得点の違い

2. クラスター間における悲嘆の差

対処行動のパターンによって悲嘆の現れ方に差があるかを調べるために、所属クラスターを独立変数、悲嘆の各因子得点および全項目得点を従属変数として、一要因の分散分析を4回行った。分析の結果、悲嘆の各因子および全体の標準得点において有意差がみられた（抑うつ： $F_{(3,130)}=6.89, p<.001$ ；自責の念： $F_{(3,130)}=4.71, p<.01$ ；とらわれと脱力感： $F_{(3,130)}=13.19, p<.001$ ；全体： $F_{(3,130)}=10.84, p<.001$ ）。多重比較の結果、「抑うつ」因子得点では、低対処群は他のどの群よりも得点が有意に低かった。「自責の念」因子得点では、低対処群は積極群および平均群よりも、有意に得点が低かった。「とらわれと脱力感」の因子得点では、低対処群は他のどの群よりも有意に得点が低く、積極群は平均群よりも有意に得点が高かった。全体得点では、低対処群は、他のどの群よりも有意に得点が低かった。各群における悲嘆の各標準因子得点のグラフをFigure 4-7に示す。

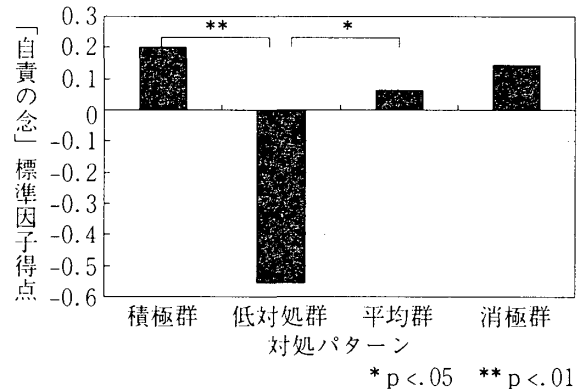


Figure 5 対処パターンによる「自責の念」得点の違い

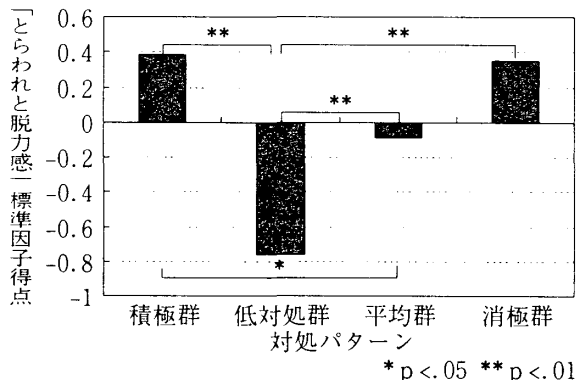


Figure 6 対処パターンによる「とらわれと脱力感」得点の違い

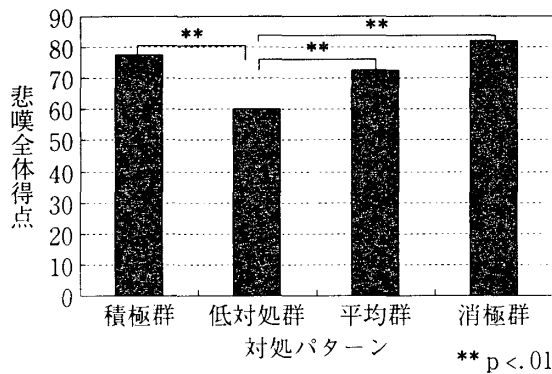


Figure 7 対処パターンによる悲嘆全体得点の違い

考察

回答者を対処行動のパターンによって分類する目的で実施したクラスター分析の結果、患者との死別後の対処行動では「積極群 (53名)」「低対処群 (27名)」「平均群 (43名)」「消極群 (11名)」の計4群が抽出された。群の人数分布は、積極群39.55%、消極群20.15%、平均群32.09%、回避群8.21%となり、消極群<低対処群<平均群<積極群の順である。積極群の割合が最も高く、バランスのとれた平均群も含めると、看護婦の7割は自分から能動的に対処行動を起こしていく人々であることがわかる。ストレスを緩和するために、自ら積極的にしかも肯定的な方向で対処する姿勢は、死をたびたび経験する職場では重要なものであろう。しかし一方で、約30%の人々が対処行動自体を起こさないか、諦める・避けるといった消極的な対処行動に偏っている事実も重要である。これら低対処群や消極群の人々が、積極的に対処行動を起こさないことと悲嘆の経験の仕方には関係があるのだろうか。こうした対処行動のパターンによる悲嘆の差異を明らかにするために行ったのが、次の分析である。

対処行動の群を独立変数、悲嘆の各因子得点を従属変数とした一要因の分散分析では、「とらわれと脱力感」において、積極群は平均的な群よりも標準因子得点が高かった。故人に思いがとらわれ、空虚感や脱力感を感じている状態は、いわば自己の一部を失った感覚であるともいえよう。こうした感覚を強く感じた人々は、失った対象を取り戻し、その意味を捉えなおす必要を感じていると考えられる。ここでの結果は、死別体験に具体的に取り組み、友人などに気持ちを話し、自らも変化することで、自分にとっての死別体験の意味を捉え直さざるを得ない人々の心理状態を示していると考えられる。

上記の積極群と平均群との差異を除くと、「積極群」「平均群」「消極群」間における悲嘆の表れ方に顕著な差は見られなかった。これには、本尺度が心理的側面を反映していたために、他側面での差異の把握が不十分だった

た点や、対処行動以外の諸要因が強く関連していた可能性が挙げられる。悲嘆に影響を与える要因としては、死別の対象との関係、死別のタイプ、死因、死の状況などが挙げられ (Parks&Weiss, 1983)、1つ1つの死別事例を独自なものにしている諸要因を考慮する必要がある。

もう一つの顕著な結果として、対処行動そのものをあまり用いない「低対処群」が他の群に比べ、全般的に悲嘆の得点が著しく低い傾向にあることが明らかになった。これについて「悲嘆を感じなかった=対処行動も必要なかった」という短絡的な結論づけもできようが、他群と比較しての著しい悲嘆得点の低さについては、以下の点から、より深く考察できよう。第一に、上述した悲嘆尺度の特徴から、低対処群において、他群とは異なる悲嘆の諸反応を、今回は拾いきれなかった可能性が考えられる。第二の説明として、低対処群における自らの悲嘆に対する感受性の低さを仮定できる。この悲嘆への感受性の低さは、元来の性格的な特性によるものかもしれない。しかし、別の見方をすれば、悲嘆を感じないことそのものが、彼らにとっては、日常業務を継続するための一種の対処行動として機能している可能性も指摘できる。この視点に立つと、悲嘆を自覚していないことと、現実に消耗していないこととは、別問題であると考えられる。小島 (1988) によると、悲嘆作業が十分に、あるいは全く行われない場合、病的な悲嘆が生ずる。また、平山 (1991) も、病的な悲嘆反応について“悲しみを表現しようとしな、怒りや敵意を示さない”と説明している。今回の質問紙調査では、本人の自覚しない悲嘆は把握できないが、病的な悲嘆の視点からは、死別という事態において、消極群の人々が感覚の麻痺に陥っている可能性も指摘できる。この感覚の麻痺は、バーンアウトの主症状の1つで、クライアントや患者に対して人間的感情を抱くことが困難になる「脱人格化」と重複する状態でもある。したがって、悲嘆の著しい欠如についてはバーンアウト症状の可能性も視野に入れて検討することが必要である。第三に、低対処群の人々は、自分なりに患者の死を受け入れた上で、納得のゆく看取りを経験した人々である可能性が挙げられる。悲しみや罪責感よりも、これまでの患者との関わりの経過を振り返って、「患者さんが楽になれてよかった/お疲れ様という気持ち (アンケート回答内容より抜粋)」を抱き、自分自身も心穏やかな死別体験をしていたのかもしれない。これらの視点を踏まえ、著しく低い悲嘆得点を示す人々については、諸要因との関連などから今後さらなる検討が必要である。

まとめと今後の課題

本研究では、ターミナルケアに従事する看護婦が、患者との死別時に経験する悲嘆の内容と、その際どのよう

な対処行動を用いているかを明らかにするために、悲嘆と対処行動それぞれについて質問項目を作成し、両者の関連を検討した。

日本における悲嘆研究自体が立ち遅れている上に、看護婦を対象とした先行研究が少ないために、今回の悲嘆尺度の作成は探索的なものとして位置付けられる。悲嘆項目の因子分析の結果、「抑うつ」「自責の念」「とらわれと脱力感」の3因子が抽出され、本尺度は主に悲嘆の心理的側面を反映していると考えられた。内的一貫性を示す信頼性係数は十分な値を示していたが、妥当性については、他の尺度との相関などから今後の検討が必要である。他要因との関連では、特に「自責の念」において年齢やホスピスの勤務年数との関連が示唆された。

対処行動について因子分析を行った結果、「問題焦点型対処」「積極的情動調整型対処」「消極的情動調整型対処」の3因子を抽出し、Lazarus&Folkman (1984)らの対処行動概念にはほぼ対応する構造をもつことが明らかになった。特に、情動焦点型対処に匹敵する項目群が、積極-消極の対照的な2因子に分かれた点は、死別後の対処行動において、同じ情動調整にも様々な方法が用いられることを示すと同時に、死別体験における情動調整の重要性も示唆している。

悲嘆と対処行動との関連については、クラスター分析、分散分析を行って検討した。死別後の対処行動の取り方には「積極群」「低対処群」「平均群」「消極群」の4タイプが見出された。各群を独立変数、悲嘆の各因子得点および全項目得点を従属変数とした一要因の分散分析の結果からは、対処行動そのものをあまりとっていない人々は、悲嘆得点も著しく低い傾向が明らかになり、悲嘆の経験の仕方が二極化する現象が見出された。心理的な側面において、悲嘆を経験していない人々については、今後、詳しい検討が必要である。

次に、今回得られた以上の知見から得られた心理臨床的意義について触れておく。先述したように、ターミナルケア自体の歴史が浅く、心理臨床の専門家の参加はこれからの課題である。一方で、すでにホスピスでは聖職者が深く携わっており、心理臨床家の専門性について考慮する場合に、スタッフに対する心理的援助と共に、専門家としてのコンサルテーション的関わりが必要となってくることは必至である。その足がかりとして、心理臨床家が、死別というテーマを視点の一つに据えておくことは重要であろう。本研究において、看護婦自身の悲嘆の存在と、看護婦への心理的サポートの重要性が示唆された点は臨床に活用できるものであると考えられる。

以上を踏まえて、最後に、今後取り組むべき課題について述べる。

悲嘆研究の立場からは、富田ら(2000)の主張するよ

うに、悲嘆についてこれまでの概念をまとめた包括的・標準的な尺度の開発が求められる。今回はターミナルケアの看護婦という限られた対象者によって悲嘆項目を作成したが、対象者の面で偏りがあるため、標準化の点で問題が残る。また、本研究での悲嘆項目は、主に悲嘆の心理的側面を反映していた。悲嘆の諸症状を的確に捉え、身体化や悲嘆の欠如などに代表される病的悲嘆(小島, 1988)の判断のためにも、今後項目を増やしていく必要がある。また、本研究では、死別後に焦点付けて悲嘆を取り扱ったが、実際の死別以前に、喪失を予期することにより様々な心理プロセスの進行としての「予期悲嘆(小島, 1988)」の存在も指摘されており、今回はその視点を含めていない。今後の研究においては、死別後に限らず、広い時間経過を考慮に入れることが必要である。

看護婦を対象とした研究の視点からは、悲嘆とバーンアウトとの関連を検討していく必要が示唆される。バーンアウトは燃えつき症候群とも呼ばれ、働く意欲が、急速に、それも著しく低下する(田尾・久保, 1996)症状であり、看護婦などのいわゆるヒューマン・サービスの現場で注目される現象である。

バーンアウトの構成因子として、自分の仕事の達成に満足感を持たず、特にクライアントとの関係をネガティブに評価する症状を示す「個人的達成感の欠如」があり、本尺度の「自責の念」因子の内容はこれに類似している。また、「抑うつ」因子は、既存のバーンアウト尺度(田尾・久保, 1996)の「情緒的消耗感」因子の項目に類似する。さらに本研究における悲嘆得点の著しく低い群については、先に述べたように、バーンアウトの「脱人格化」の症状の可能性も考えられる。現時点ではこれらは全て予測の域を出ないが、死別を連続的に経験することによる慢性的な悲嘆が、バーンアウトの要因となる可能性については、今後検討していきたい。

今回、看護婦が悲嘆に対してさまざまな対処行動がとられていたことは、肯定的な結果とみなせるであろう。しかし、今回はホスピスに限定した研究のため、今後、他科の看護婦との比較を行っていく必要がある。また、対処行動をとっていることと、その対処行動が十分に看護婦の悲嘆を緩和しているかということは、また別の問題である。そして、看護婦がこれらの対処行動だけでは自分の状態に対応できなくなった時が、最も注意すべき時であるように思われる。小原(1999)は、ホスピスのスタッフへのケア、いわゆる「ケアラーのケア」の必要性を強調している。看護婦の悲嘆については、バーンアウトと共に、ソーシャルサポートや死別にまつわる他の諸要因を視野に入れてのさらなる検討をしていきたい。

付 記

本論文は、筆者が平成12年度卒業論文として、九州大学教育学部に提出したものを、加筆修正したものである。論文作成にあたり、研究にご協力いただいた全ての緩和ケア病棟の方々々に心より感謝申し上げます。貴重なご助言をいただきました九州大学大学院浅海健一郎さん、上田裕子さん、平田聖子さんに深く感謝いたします。

引用文献

- 高橋三郎・大野裕・染矢俊幸(訳) 1996 DSM-IV 精神疾患の診断・統計マニュアル 医学書院 (American Psychiatric Association 1994 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition.*)
- Burnell, G. M., & Burnell, A. L. 長谷川浩・川野雅資(監訳) 1994 死別の悲しみの臨床 医学書院 (Burnell, G. M., & Burnell, A. L. 1989 *Clinical Management of Bereavement A Handbook for Healthcare Professionals.* New York: Human Sciences Press, Inc.)
- Deeken, A. 1986 死を看取る メヂカルフレンド社
- Feldstein, M. A. and Buschman, P. B. 1995 Oncology nurses and chronic compounded grief. *Cancer Nursing*, **18**(3) 228-236.
- Feschingbauer, T. R., Zisook, S and Debaul, R. A. 1987 The Texas Revised Inventory of Grief. *Biopsychosocial of bereavement.* Washington DC: American Psychiatric Press, 111-124.
- Freud, S. 井村恒郎・小此木啓吾(訳) 1970 悲哀とメランコリー. フロイト著作集6 人文書院 (Freud, S. 1917 *Mourning and Melancholia.* S. E., 14.)
- 平山正実 1997 死別体験者の悲嘆について—主として文献紹介を中心に 松井 豊(編) 悲嘆の心理 第3章 85-112.
- Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G. A., Milbrath, C. & Stinson, C. H. 1997 Diagnostic Criteria for Complicated Grief Disorder. *American Journal of Psychiatry*, **154**, 904-911.
- 柏木哲夫 1995 ターミナルケアと人間理解 その8—死別後の悲嘆 *Molecular Medicine*, **32**(5), 566-570.
- 川又一絵・降旗美佳・亀井智子・島内 節・高階恵美子 1999 在宅ターミナル患者をみとった家族の死別期における悲嘆反応とその支援 *保健婦雑誌* **55**(5) 413-421.
- 河野友信 1993 死別ストレスと健康障害 *心身医学*, **33**(1), 35-38.
- Killeen, M. L. 1993 Getting through our grief. For caregivers of persons with AIDS. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*. 18-24.
- 岸本寛史 1996 骨髄腫患者の歌と夢 精神療法, **22**(1), 59-69.
- 厚生省編 1997 平成9年度版厚生白書 ぎょうせい.
- 小島操子 1988 遺族へのケア—悲嘆反応への危機介入— *教育と医学* **36**, 843-850.
- Kubler-Ross, E. 鈴木 晶(訳) 1998 死ぬ瞬間 死とその過程について 読売新聞社 (Kubler-Ross, E. 1969 *On Death and Dying.* New York: Macmillan.)
- 久保真人・田尾雅夫 1994 看護婦におけるバーンアウト—ストレスとバーンアウトとの関係— *実験社会心理学研究* **34**(1) 33-43.
- 黒田浩司 1996 看護婦のバーンアウトとストレス, 対処行動, ソーシャルサポート 茨城大学人文学部人文学科論集 **29**, 19-40.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. 1984 *Stress, Appraisal and Coping.* New York; Springer Publishing.
- Lindermann, E. 1944 Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, **101**, 141-148.
- 中原睦美 2000 外科領域での末期癌患者への心理療法的接近の試み—コラージュ・ボックス法を導入した2事例を中心に— *心理臨床学研究* **18**(5), 433-444.
- 小原 信 1999 ホスピス—いのちと癒しの倫理学— ちくま新書
- 大川智恵子 1999 どうして「避けたい」と思うのか 私を感じた無力感・不全感から *看護学雑誌* **63**(2), 122-127.
- Parks, C. M. and Weiss, R. S. 池辺明子(訳) 1987 死別からの回復 図書出版社 (Parks, C. M. and Weiss, R. S. 1983 *Recovery from Bereavement.* New York; Basic Books, Inc.)
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., #V, Bierhals, A. J., Newton, J. T., Fasicizka, A., Frank, E., Doman, J. & Miller, M. 1995 Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, **59**, 65-79.
- Saunders, J. M. and Valente, S. M. 1994 Nurse's grief. *Cancer Nursing*, **17**(4) 318-325.
- 立花エミ子・小林光代・山田フミ 1998 ターミナルケアにおける看取りの現状—看護者自身の喪失体験について— *看護技術* **44**(14) 71-79.
- 田村恵子・吉田智美 1998 ターミナルケア, その難しさのなかで *看護技術* **44**(14) 3-12.
- 田尾雅夫・久保真人 1996 バーンアウトの理論と実際—心理学的アプローチ— 誠心書房
- 富田拓郎・太田ゆず・小川恭子・杉山晴子・鏡 直子・上里一郎 1997 悲嘆の心理過程と心理学的援助 *カウンセリング研究* **30**, 49-67.

- 富田拓郎・瀬戸正弘・鏡 直子・上里一郎 2000 死別体験後の悲嘆反応と対処行動—探索的検討—カウンセリング研究 **33**, 48-56.
- 富田拓郎・大塚明子・伊藤 拓・三輪雅子・村岡理子・片山弥生・川村有美子・北村俊則・上里一郎 2000 幼い子どもを失った親の悲嘆反応と対処行動の測定カウンセリング研究 **33**(2), 168-180.
- 東口和代・森河裕子他 1998 臨床看護職者の仕事ストレスラーについて—仕事ストレスラー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** (1) 64-72.
- Vachon. M. L. S. 1987 *Occupational stress in the care of the critically ill, the dying, and the bereaved*. Washington, DC : Hemisphere Publishing.
- Vachon. M. L. S. 1995 Staff stress in hospice/palliative care:a review. *Palliative Medicine*, **9**:91-122.
- 鳴澤實監 (訳) 1993 グリーフカウンセリング 悲しみを癒すためのハンドブック 川島書店 (Worden. J. W. 1991 *Grief Counseling and Grief Therapy-A Handbook for the Mental Health Practitioner Second edition*. New York:Springer Publishing Company,Inc.)