

研究報告

初療室で亡くなる患者・家族への看護実践における
看護師の感情

Nurses's emotion for Nursing practice to the dying Patients and their families in emergency room

原田竜三 山勢博彰 千明政好 濱本淳子

Ryuzo HARADA, Hiroaki YAMASE, Masayoshi CHIGIRA, Junko HAMAMOTO



東京医療保健大学
TOKYO HEALTHCARE UNIVERSITY

〈研究報告〉

初療室で亡くなる患者・家族への看護実践における看護師の感情

Nurses's emotion for Nursing practice to the dying Patients and their families in emergency room

原田竜三¹ 山勢博彰² 千明政好³ 濱本淳子⁴

1 東京医療保健大学 医療保健学部 看護学科

2 山口大学 大学院 医学系研究科

3 上武大学 看護学科

4 日本赤十字九州国際看護大学

Ryuzo HARADA¹, Hiroaki YAMASE², Masayoshi CHIGIRA³, Junko HAMAMOTO⁴

Division of Nursing, Faculty of Healthcare, Tokyo Healthcare University

要 旨：初療室で亡くなる患者や家族に看護を実践する際に、看護師がどのような感情を抱くのか、4施設13名の看護師を対象に面接調査を実施し、質的に分析した。分析した結果、初療室で亡くなる患者家族への看護を実践する中で、看護師が抱く感情として、〈家族の衝撃的な反応に対応する困難感〉、〈悲しみを表出させることの困難感〉、〈患者・家族に対するケアへの戸惑い〉、〈家族に対する申し訳なさと自身に対する無力感、不安全感、後悔〉の4つのカテゴリーが明らかとなった。初療室では看護師が1人で対応することが多く、様々な感情を抱いている。患者の死や患者・家族へのケアが十分にできなかった思ひは、バーンアウトにつながる可能性があるため、看護師自身の感情を表出する機会が必要である。

キーワード：初療室、亡くなる患者・家族、看護師の感情

Keywords：

I. はじめに

救急患者が治療のために搬送される救命救急センター初療室（以下、初療室とする）には、来院時心肺停止、重篤な疾患、外傷などの患者が搬送される。そのような患者は、即刻に適切な治療が施されても、救命できないことがある。また、患者の家族は、急な家族の死に直面し、ショック、不信、無感覚、怒り、敵意、否認、罪責感、深刻な不安発作、泣き叫ぶなどの反応を示し^{1,2)}、死を予期することができなかったことから、死を信じることができず、受け入れることが困難となり、複雑性悲嘆に陥りやすい³⁾。欧米では、突然死の患者の家族に対して、救命救急センターの看護師による援助は、悲嘆に影響を及ぼし、重要である^{4,5)}とされている。しかし、その一方で、突然死の患者の家族に対する援助は、コミュニケーションやカウンセリングの技術を必要とし、難しい仕事である⁶⁾とも述べ

られている。

我が国の救急領域における家族援助の研究において、看護師は、救命処置が優先され家族と十分な関わりがとれない、家族への援助が難しい、家族との信頼関係を築くことが難しい、家族への看護活動の評価が十分にされないため難しい⁷⁻⁹⁾という思いを抱いている。また、家族の悲しみや極度の不安に直面することは看護師の不安も誘発されかねない状況を意味し、無意識のうちに家族との関わりを避けようとする気持ちが働いて家族援助に対する心理的な負担を感じていると指摘されている¹⁰⁾。初療室では、患者への治療が優先されることから、家族に十分に関わる時間がなく、かつ家族は患者の状況を受け入れることが困難で様々な反応を示すことから、看護師は自身の感情が揺さぶられ、どのような援助をしたらよいのか戸惑ったり、困難さを感じていることが考えられる。しかし、初療室で亡くなる患者・家族の援助において看護師の感情に

ついて、明らかにしている研究はみられない。看護師の抱く感情を明らかにすることは看護師が何に対して疲弊感や負担感を感じているのか、感情の引き金になっている誘因を明らかにすることでバーンアウトを予防することにつながる可能性があるのではないかと考えた。そこで、本研究では、初療室で亡くなる患者・家族に対して看護を実践する際に、看護師がどのような感情を抱いているのかについて明らかにしたいと考えた。

Ⅱ. 研究の目的

初療室で亡くなる患者・家族に対して看護を実践する際に、看護師がどのような感情を抱いているのかについて明らかにする。

Ⅲ. 研究方法

1. 用語の定義

看護師の感情：初療室で亡くなる患者や家族へのケア時に引き起こされる看護師の情緒、思考とした。

2. 研究デザイン：質的記述的デザイン。初療室で亡くなる患者の家族援助において看護師の感情について、明らかにしている研究はないため、質的記述的デザインとした。

3. データ収集期間：データ収集期間は、平成20年8月～平成20年12月である。

4. 研究参加者：研究参加者は、救命救急センター救急外来を担当し、救命救急センターでの勤務年数が5年目以上の看護師である。5年目以上にした理由として、初療室で勤務するのは3年目以上であることが多く、ある程度経験がないと語れないと考えたこと、家族支援に関心の高い救急看護師は、ある程度経験を積んだ中堅層に多いとの文献¹⁰⁾から5年目以上を設定した。

5. データ収集方法

1) 研究対象となる施設への同意を得るプロセス

研究対象となる施設の施設長、看護部長宛に研究協力の依頼文、研究計画書、研究参加者への依頼文、研究参加者の同意書、インタビューガイドを郵送し、研究への協力が得られるかの返答を得た。その後、研究協力の承諾が得られた施設の救命救急センター師長宛に、研究参加者の選定手順および面接日時の調整につ

いて、依頼文を郵送し、返答を得た。救命救急センター師長には、救命救急センター救急外来を担当し、救命救急センターでの臨床経験が5年目以上の看護師を推薦してもらった。その後、研究者が研究参加者に、研究の目的、方法、倫理的配慮について、依頼文を用いて説明し、同意を得た。

2) 半構成的面接法

面接は、半構成的面接法で、インタビューガイドに基づき、初療室で亡くなる患者・家族への看護を実践している際に抱く感情について自由に語ってもらった。面接は、施設の個室にて1時間程度の面接を1回実施し、承諾を得たうえでICレコーダーに録音した。

6. データ分析方法

データは、ICレコーダーに録音された内容を逐語録に起こした。初療室で亡くなる患者・家族への看護実践を時系列ごとに並べ、その際に抱いている感情について語られている部分を抽出し、類似する感情ごとにサブカテゴリー、カテゴリーを分類整理した。分析の妥当性については、クリティカルケア・救急看護を専門とする研究者である研究指導者によるスーパーバイズを受けた。

7. 倫理的配慮

本研究は、所属する大学倫理委委員会の承認を得たうえで協力施設の承諾を得た上で実施した。研究参加者に対して、研究への参加は自由であること、一度研究への協力への同意をしても、中止したり、辞退することが可能であり、拒否しても何ら支障がないことを説明した。また、面接をすることで不快な思いを抱いたり、身体的疲労を生じた場合にはいつでも中断できること、話したくないことは無理に話す必要がないことを説明した。面接の途中で、協力を辞退する場合は、それまでに得られた面接データはすべて破棄することを確約した。面接から得られたすべての情報は、データ化し、個人が特定されないように扱い、研究のみに使用することも確約した。

Ⅳ. 結 果

4施設13名の看護師から参加協力が得られた。参加協力の得られた施設は、高度救命救急センター3施設と救命救急センター1施設であり、どの救命救急センターも1, 2次外来と3次外来を有している。3施設は、初療室に専属看護師を配置しているが、1施設は3次外来患者の搬送連絡時にICUで待機している看護師が対応するシステムとなっている。1人の患者・家族に

1人の看護師が対応することが多く、場合によっては、2人の看護師で対応できる場合、他の患者も同時に対応しなければならない場合もある。参加協力した看護師は、女性10名、男性3名、年齢は27歳～36歳（平均30.4歳）、看護師経験年数は6～15年（平均9.4年）、救命救急センターの看護師経験年数は5～15年（平均8.4年）で、救命救急センターのみの経験者は9名であった。救命救急認定看護師1名、集中治療認定看護師1名が含まれていた。分析した結果、初療室で亡くなる患者家族への看護を実践する中で、看護師が抱く感情として、＜家族の衝撃的な反応に対応する困難感＞、＜悲しみを表出させることの困難感＞、＜患者・家族に対するケアへの戸惑い＞、＜家族に対する申し訳なさ
と自身に対する無力感、不全感、後悔＞の4つのカテゴリーが見出された。以下、カテゴリーは＜ ＞、サブカテゴリーは「 」
、斜体文字は生データを示す。

1. ＜家族の衝撃的な反応に対応する困難感＞

＜家族の衝撃的な反応に対応する困難感＞は、家族が来院してから死亡確認するまでに生じる家族の一連の反応に対する関わりの困難感を示すものである。家族の必死な思いに応じる声かけの難しさ、「病状説明・死亡確認後の家族に対する声かけの難しさ」、「外見の変化に戸惑う家族への声かけの難しさ」、「治療の継続をあきらめきれない家族への対応の難しさ」の4つのサブカテゴリーがあった。

1) 「家族の必死な思いに応じる声かけの難しさ」

家族は初療室の前で、患者が助かるかどうか心配でたまらない心境であり、医療者にそのことを確認しようとしている。しかし、看護師は、助かることができるのかどうかを問われても返答することができない。また、心肺停止であることを告げることが家族を傷つけてしまうのではないかと考えている。

家族が必死な顔で泣きながら、助かるのかどうかを訊ねられるとどのように答えてよいのか迷うし、なんて声をかけてよいかわからない。心肺停止であることを告げると傷つけてしまうのではないかと悩む。(参加者B)

家族の雰囲気や動揺などによって、どのように声をかけるか、タイミング、声かけの内容など結構悩む。(参加者I)

2) 「病状説明・死亡確認後の家族に対する声かけの難しさ」

医師より家族に死が避けられないことが告げられた後や死亡確認がされた後、大きなショックを受けている家族に対して、どのように声をかけたらよいのが難しいと感じている。

患者の救命ができないことの病状説明後の家族に対する声かけが難しい。いくら声をかけられても耳に入っていないと思うと、言葉を選ぶのが難しい。(参加者D)

死亡確認の後、家族を控え室に連れて行くときに、声をかけるがその声かけはいいのか疑問というか、どういう背景でこの方が亡くなっていったのかということがわからないので、どんな声かけがあったらいいのか悩む。(参加者F)

3) 「外見の変化に戸惑う家族への声かけの難しさ」

外傷などにより、患者の外見が大きく変化し、家族が見ていられないような雰囲気になったとき、どのように声をかけたらよいのか、どうしたらよいのか難しいと感じている。

見かけが大きく変わってしまって、家族が見ていられないような雰囲気にいると、どうしたらいいんだろう、声をかけたらいいんだろうか、もしくは見守っていた方がいいのだろうかと思うことがある(参加者F)

4) 「治療の継続をあきらめきれない家族への対応の難しさ」

家族が患者の死を受け入れられず、治療の中断をあきらめきれない場合、年齢が若い外傷患者の場合には、どのように対応をしたらよいのか悩み、困難さを感じている。

心臓マッサージをやめないで欲しいという家族が自ら心臓マッサージを実施したケースへの対応はどうしたらよいかと思った。(参加者D)

家族がその場を離れなくて、死亡確認ができないときや、死亡確認したときに家族が病院の壁を殴ったりして暴れるなど、家族が治療をあきらめきれないときは難しいと感じる(参加者H)

2. ＜悲しみを表出させることの困難感＞

＜悲しみを表出させることの困難感＞は、死亡確認後の家族へのケアとして、看護師は患者と家族が一緒にいる空間を作り、悲しむ時間を与えることで、悲しみを表出させることがグリーフケアとして重要であると考えている。しかし、家族との関係性がなく、短時間での関わりでは、悲しみを癒すことは難しく、初療室という場の特徴により悲しみを表出させることに困難さを感じている。また複雑性悲嘆に陥らないためには継続したフォローが必要であることを感じている。「関係性がなく、短時間の関わりの難しさ」、「患者と家族の空間がつかれない難しさ」、「継続的なフォローがないことでの難しさ」の3つのサブカテゴリーがあった。

1)「関係性がなく、短時間の関わりでの難しさ」

突然の状況で危機状態になっているが、どのような家族なのかかわからず、短時間での関わりである中で、家族の価値観や考え方、背景を把握して、悲しみを癒すことは難しいと考えている。

短時間の関わりで、関係性がない中で、悲しみをなんとかすることは難しい。価値観、生きてきた背景、考え方が違う、だから、私の死生観が相手もそうだとは限らない。(参加者H)

2)「患者と家族の空間がつかれない難しさ」

初療室そのものの環境が治療を行うための環境であり、個室ではないため、患者と家族が接触し、家族だけの時間を過ごす環境をつくるのが困難であると感じている。

患者さんと家族の場を作ってあげることもしなきゃいけないのかなと思うが、環境がなかなか個室ではないので、できなかつたりとかする(参加者J)

3)「継続的なフォローがないことでの難しさ」

短時間での関わりで、激しい動揺があり、死を受け入れられない家族がその後どうになってしまうのか、複雑性悲嘆に陥らないために、その後のケアが必要であると考えているが、そのような機会はない。悲しみを表出させるために、その後のケアが必要であると考えているが、できていない現状がある。

今後継続して家族をフォローできるといいと思うことがある。家族に対する今後のケアが必要なのかもしれない。(参加者F)

受け入れられない家族のその後が気になる(参加者M)

3. <患者・家族に対するケアへの戸惑い>

<患者・家族に対するケアへの戸惑い>は、患者への治療と家族へのケアを同時に行わなければならないことにより、1人で対応しなければならない難しさや、提供するケアの効果がわからなかったり、具体的に何をすればよいのかわからなかったり、家族の希望をいつまで実施するのかという倫理的な葛藤による戸惑いを示している。「1人で対応することの難しさ」、「ケアの効果がわからない」、「何をすればよいのかわからない」、「家族の希望と患者の身体の損傷に対する倫理的葛藤」の4つのサブカテゴリーがあった。

1)「1人で対応することの難しさ」

治療場面における患者家族への対応は、1人でなくてはならず、治療への介助が優先となってしまう、その間、家族には対応ができないため、葛藤を感じている。死亡確認に至る段階、至る前に医師の説明に同席し、家族の医師の話の理解度や動揺の様子などを把握

し、家族のケアを検討したいができないと感じている。

家族をほっておけないと思っても自分が初療に入って関わらなければいけない。患者の対応に追われ、家族がおきざりになってしまうことでジレンマを感じる。(参加者B)

看護師1人で対応をしているので、医師の補助の方についてしまうと、家族をほったらかしになってしまう。待って頂く時間が長くなって、途中で何か、いまこういう風な状態ですよとか、こういうことしていますからねっていうことを少し話しに行くだけでも違うんだろうけれども、なかなかそのちょっとした距離に足を運べない。(参加者D)

死亡確認に至る段階、至る前の医師の説明と一緒にいたいができない。医師の話が理解できているか、家族の動揺がどの程度であるか、家族のケアをどのようにやっていかなきゃいけないかといったことを把握したい。(参加者I)

2)「ケアの効果がわからない」

家族の状況がそれぞれ違うため、蘇生行為を見せた方がよいのかどうかについて迷うことがある。家族にとって有効なケアが何かわからない。

蘇生している場面を家族に見せることがその後の家族にとってよかったのかどうかかわからない。家族の状況によって違うので、有効なケアが何かわからない。(参加者A)

3)「何をすればよいのかわからない」

家族のそばにいたことがケアとして重要であると思っても、そばにいて何をすればよいのかはわからず、考えている。時間が限られており、考えているうちに、次の患者が来てしまい、対応できないことがある。

死亡確認した後、家族にそばにいてもらうことしかできないので、何をすればよいのか何をしたいのかわからない。時間が限られている、それで次の患者もきますから。結局その後、何かフォローしてあげたいけど、その時間もない。いつも考えさせられます。(参加者E)

家族と信頼関係じゃないですけど、ほぼ初対面だとどうしていいかわからないことがある。家族のそばにいてあげることが一番いいのかもしれないけど、そのときに、してあげられることがあるんじゃないかなと思うことがあるんですけど、それがなんなのかっていうのがわからない。(参加者J)

4)「家族の希望と患者の身体の損傷に対する倫理的葛藤」

懸命な治療を実施してきた結果、患者に心拍再開の期待が持てない状態であっても、家族が状況を受け入れられず、蘇生行為を継続してほしい希望があった場合、胸骨圧迫の継続により患者自身の身体が損傷されてしまう。そのため、蘇生行為を中断することも考慮しなければならない倫理的な葛藤がある。

医師からIC (Informed consent) がされても受容できず治療の継続を希望する家族がいて、蘇生を継続しているのを見ていて、患者のことに家族の思いのどちらを優先させるのか迷う。(参加者G)

家族待ちの時間に自動式胸骨圧迫器で蘇生を行っているときには、肋骨が折れたりするので、そのままではよいのか倫理的に迷うことがある。(参加者F)

4. <家族に対する申し訳なさと自身に対する無力感、不全感、後悔>

<家族に対する申し訳なさ>と自身に対する無力感、不全感、後悔>は、患者が亡くなった後に、家族と自身に対して抱く感情である。「家族に十分なケアが提供できなかった申し訳なさ」、「患者を助けることができなかった無力感」、「家族に何もできなかった不全感」、「ケアに対する後悔」の4つのサブカテゴリーがあった。

1)「家族に十分なケアが提供できなかった申し訳なさ」

治療の介助に精一杯で、家族への対応ができずに申し訳なさを感じていた。家族がお礼をしてくれたが、それに見合うだけのケアはできなかった。治療の途中で、患者の意識が低下したために、意識があるうちに家族に会わせることができずに申し訳なさを感じていた。

何か介入をしていたわけではなくて、治療をやっただけで、時間をさいてあげられなくて申し訳ないということだったのに関わらずありがとうと言われた。(参加者I)

意識があった状態で運ばれて、ずっと処置についていた。家族も早く状況を知りたくて何度も声をかけていたが、十分な対応ができなかった。そのうち、意識が低下して家族に会わせることができなかった(参加者B)

2)「患者を助けることができなかった無力感」

患者を救えなかったことで、患者や家族に対して何もできなかったという思いがあり、無力感を感じている。家族の悲しみを癒すことはできないし、それをすると思ったら、できないと思ってしまう。

患者のニーズにこたえられない無力感がある。(参加者B)

こちらが泣いたりしてはいけないと思うが、助けてあげたかったなと思うと、泣いてしまうことがたまにある。(参加者G)

治療がうまくいってればそういう風にはならなかったんじゃないかっていう風に思えるので、無力感はいつもありますし、達成感がないっていうか、自分で何もできなかったという思いはある。(参加者I)

3)「家族に何もできなかった不全感」

短時間の関わりの中で、看護師は、何もできなかったという思いや何ができたのかという疑問を抱き、できることがあるのかを自問自答していた。

不全感がすごくある。声をかけるにもよかったのか悪かったのか、いったいこの人はどういう状態でどういう風になるのかとか、どういう状況で発見して今どう思っているのかとかをなかなか聞けなかったり。(参加者F)

信頼関係も何もない中で、20分とか30分でお看取りという形になってしまうと短い関わりの中で何ができたのかなっていう疑問が残るときがありますね。(参加者G)

4)「ケアに対する後悔」

家族にもう少し何かができたのではないかという後悔を抱いていた。

病状説明に同席して気持ちを確認できなかった。ベッドサイドにいればよかった。(参加者J)

あのとき話を聞いてもらえてよかったですって言われたりすると、もっと話を聞いてあげればよかったのかなとか、もっと違う関わりができたのかなって思うこともあります(参加者D)

Ⅶ. 考察

1. 初療室で亡くなる患者・家族への看護実践に対する看護師の感情

本研究では、初療室で亡くなる患者・家族への看護実践に対する看護師の感情として、<家族の衝撃的な反応に対応する困難感>、<悲しみを表出させることの困難感>、<患者・家族に対するケアへの戸惑い>、<家族に対する申し訳なさ>と自身に対する無力感、不全感、後悔>が明らかとなった。<家族の衝撃的な反応に対応する困難感>、<悲しみを表出させることの困難感>、<患者・家族に対するケアへの戸惑い>は、看護師自身が患者・家族への看護実践を行っている際に抱いている感情であり、困難感やケアへの戸惑いである。<家族に対する申し訳なさ>と自身に対する無力感、不全感、後悔>は、患者・家族との関わりの中で抱えている感情を示している。

1) 患者・家族への看護実践を行っている際に抱く困難感

困難感の1つに＜家族の衝撃的な反応に対応する困難感＞がある。突然の病気や事故などで瀕死の状態で初療室に搬送された患者は、生命の危険性が高く、家族は不安が強く、パニック状態にあり、状況の危機に陥っており、その対応に看護師は困難感を抱いている。あげられた場面として、初療室の待合室、病状説明時、死亡確認時、患者の外見が変化している時、死亡確認をしてもあきらめきれない時があった。どの場面も家族が感情を顕著に表出している状況であることから、その時に看護師は自身の感情を揺さぶられるような体験をして、家族への対応の困難さを実感しているのではないかと考えられる。

また、困難感のもう1つに＜悲しみを表出させることの困難感＞がある。看護師は家族が複雑性悲嘆に陥らないためには、家族が悲しみを表出することが重要であるということを認識している。しかしながら、初療室が十分に悲しみを表出できるような空間ではないこと、家族とゆっくり過ごせるような環境ではないこと、看護師と家族の関係も出会ったばかりの状況で、信頼関係も築けていないこと、家族の背景がわからないことから、悲しみを表出させることが難しいと感じている。また、家族の悲しみを癒すには継続的な支援が必要であると考えている。救命救急センターに入院した場合であれば、危機的な状況にある家族に対し継続的に介入していくことが可能である。しかし、患者が亡くなり、すぐに救命救急センターから退出することになってしまえば、家族とは関わる機会が全くなってしまう。したがって、看護師は家族が複雑性悲嘆に陥る可能性があるのではないかと考えているが、そのような支援システムはないため、難しいと感じている。

救急看護師が危機的な状況のある患者の家族の関わりの中で抱く困難感の研究¹¹⁾では、家族のために何かをしたいと思うが、家族の望みがわからずどう接すればよいかわからない、死の瞬間に立ち会った時、医療者としてどうすればよかったかわからない、患者に抱きつき離れようとしない家族になんて声をかければよいかわからなかった、家族がどう感じ、受け止めているかわからないなど患者と家族にうまく関われない思いがあることが示され、現実を受け入れられない家族、思いがけない家族の反応、自分を責め後悔する家族を困難感を抱く要因としているとの研究結果がある。本研究と一致する内容ではあるが、本研究では、どのような場面でどのような困難感があるのかがより具体的に示されており、また複雑性悲嘆に陥らないよ

うにというケアの視点からの困難感が示されている。

2) 患者・家族への看護実践を行っている際に抱くケアへの戸惑い

＜患者・家族に対するケアへの戸惑い＞には、1人で対応することの難しさ、ケアの効果がわからない、関わりそのものがわからない、蘇生の続行により身体が損傷されることによる倫理的な葛藤がある。家族に十分に関わろうと思っても、患者の治療を優先させなければならないという思いがあり、十分に関われない難しさがある。患者の治療を優先させることに対しては、患者を救命することが家族の1番のニーズであると考えている。しかしながら、家族があまりにも衝撃的な反応を示していると、どうしても家族にも対応しなければという思いが生じている。1人で対応することの難しさについては、家族係をつけることの必要性が言われている。しかしながら、そこまでのマンパワーが充実していない現状があると考えられる。ケアの効果がわからないことについては、家族への関わりそのものがよかったのかどうかという根拠がないことから生じている。関わりそのものがわからないについては、家族が衝撃的な反応をしている際に、そばにいることは危機介入として重要であると認識しているが、具体的には何をすればよいのか分からない状況を示している。蘇生の続行により身体が損傷されることによる倫理的な葛藤は、蘇生を続行しても救命できる可能性がないことを看護師は理解しているが、家族が受け入れられないことから生じており、それに対してどのように対応してよいかわからずにいる。これらのケアの戸惑いについては、この分野における研究が少ないことが影響していると考えられる。あきらめきれない家族への対応として、蘇生場面を見せることがある。しかし、実際にはどうすればいいか疑問に思っている。蘇生中の家族の立ち会いに関する研究では、米国の心肺蘇生ガイドライン¹²⁾では推奨されている現状がある。日本においても蘇生中の家族の立ち会いは7割程度実施されているが、家族の立ち会いの意向を決定するのは、医師が6割で、5割以上の医療者が「重要他者が精神的ショックを受ける」「重要他者のストレスになる」と考えている現状もある¹³⁾。したがって、欧米における研究結果をそのまま日本に適応できない現状があることも考えられ、看護師一人の見解でそれを判断することの難しさもあると考えられる。

3) 患者・家族との関わりした後で抱く感情

＜家族に対する申し訳なさと自身に対する無力感、不全感、後悔＞は救命できなかった患者、十分に対応できなかった家族に対する感情であり、患者・家族との関わりした後で抱いている感情である。救命できな

った患者に対する救命したかったという思い、もう少し家族のために関わりたいかったという思いが含まれている。患者の死とその家族の受ける悲しみから看護師自身が受ける衝撃は、大きなストレスとなることも考えられる。ICU救急看護師のストレスに関する文献では救命のための治療・看護に追われることで、患者の心理的援助が後回しになったり、できなかったりすることが、のちに後悔を招きストレスの原因となる¹⁴⁾、人間的な質の高い看護を行いたいと感じながらも救命が第一であるという現実を避けられないという葛藤の存在がストレスの原因となることが予測される¹⁵⁾とある。したがって、患者の救命治療と家族へのケアを考えた時、救命治療を選択することにストレスを伴うことは先行文献でも明らかとなっているが、看護師が患者を救いたいという気持ちや家族にもっと関わりたいという気持ちは、患者の救命や家族看護に関する知識・技術の向上につながるものであるとも考えられる。

2. バーンアウトを予防するための看護師への方策

本研究では、初療室において亡くなる患者・家族への対応の困難感やケアへの戸惑いがあり、その後に家族に対する申し訳なさや看護師自身が後悔、無力感、不全感を抱くことが明らかとなった。初療室での関わりについて、看護師自身が誰かに思いを語る機会をつくり、自身の感情を表出することや、実施した看護を振り返ること、他者からの意見をもらうことは、看護

師自身の心理的な負担や疲労感を軽減するために重要であると考えられる。看護師が1人で対応することによる困難さがあることから、複数もしくはチームとして、患者・家族に関われるようになると、十分に対応できないという困難さは軽減するものと考えられる。また、短期間の中で、患者や家族のことを理解し、受け止め、悲しみのサポートまですることには限界がある。欧米ではその後の家族をフォローするサポート体制が実施されているが、近年、日本においても行われてきている。したがって、家族のその後をサポートする、あるいはその後の様子を知る機会を得ることは、看護を振り返ることにつながると考えられる。

3. 研究の限界と今後の課題

本研究は、5年目以上の看護師を対象者としていたが、経験6年目と15年目では亡くなる患者・家族に対して抱く感情に違いがあった。看護師の経験が看護師の抱く感情に影響を及ぼしている可能性があり、今後の課題として、様々な看護経験を持つ研究参加者を対象に看護師の抱く感情を明らかにしていく必要がある。

文 献

- 1) Durbin, Sarnoff. Sudden unexpected death. Intervention with survivors. Annual Emergency Nursing 1886 ; 15 : 54-57.

表1 初療室で亡くなる患者・家族への看護を実践する中で抱く看護師の感情

カテゴリー	サブカテゴリー
家族の衝撃的な反応への対応の困難感	家族の必死な思いに応じる声かけの難しさ 病状説明・死亡確認後の家族に対する声かけの難しさ 外見の変化に戸惑う家族への声かけの難しさ 治療の継続をあきらめきれない家族への対応の難しさ
悲しみを表出させることの困難感	関係性がなく、短時間の関わりの難しさ 患者と家族の空間が作れない難しさ 継続的なフォローがないことでの難しさ
患者・家族に対するケアへの戸惑い	1人で対応することの難しさ ケアの効果がわからない 何をしたらよいのかわからない 家族の希望と患者の身体の損傷に対する倫理的葛藤
家族に対する申し訳なさや自身に対する後悔、無力感、不全感	家族に十分なケアが提供できなかった申し訳なさ ケアに対する後悔 患者を助けることができなかった無力感 家族に何もできなかった不全感

- 2) Marrow. Telling relatives that a family member has died suddenly. *Postgraduate Medical Journal* 1996 ; 72 : 413-418.
- 3) Lundin. Long-term outcome of bereavement. *British Journal of Psychiatry* 1984 ; 145 : 424-428.
- 4) Vanezis, M. McGee, A. Mediating factor in the grieving process of the suddenly bereaved. *British Journal of Nursing* 1999 ; 18 (14) : 932-937.
- 5) Kent & McDowell. Sudden bereavement in a acute care setting. *Nursing Standard* 2004 ; 19 (6) : 38-42.
- 6) Cooke, Cooke & Glucksman. Management of sudden bereavement in the accident and emergency department. *British medical Journal* 1992 ; 304 : 1207-1209.
- 7) 田口和恵, 木村真津子, 中原ユカ, 井上智美, 若井和子. 救急外来で死亡された患者家族への援助—家族のニーズと援助の実践—. 第35回日本看護学会集録(成人看護Ⅰ) 2004 ; 106-108.
- 8) 木本佳恵, 倉石哲也. 救急治療室ターミナル・ケアにおけるナースの意識について. *ホスピスケアと在宅ケア* 2003 ; 11 (3) : 309-313.
- 9) 小川真由美. 救急外来室におけるCPA患者の「死後の処置」の特徴について—Aセンター看護師の意識調査から—. *日本救急看護学会雑誌* 2006 ; 7 (2) : 54-61.
- 10) 渡辺裕子. 生命の危機状態にある患者家族をケアする看護師のジレンマ. *家族看護* 2005 ; 3 (2) : 12-18.
- 11) 竹安良美, 櫻井絵美, 荒木智絵, 出口雅貴, 蓬田淳. 救急看護師が危機的状況にある患者とその家族の関わりで抱く困難感. *日本救急看護学会雑誌* 2011 ; 13 (2) : 1-9.
- 12) 岡田和夫, 美濃部曉監修. AHA心肺蘇生と救急心血管治療のための国際ガイドライン2000 日本版. 東京 : ヘルス出版 2001 ; 14-25.
- 13) 田戸朝美, 山勢博彰, 藤野成美ら. 蘇生中の家族の立ち会いに関する現状と医療従事者の意識調査. *日本救急看護学会雑誌* 2010 ; 12 (1) : 9-21.
- 14) 長谷川博, 平山正実, 鶴田早苗. 危機場面における精神的ケア ICU・救急を中心に. 東京 : 医学書院 1991 ; 87-95.
- 15) 枝さゆり, 辰巳有紀子, 野村美紀. 救急看護師のSense of Coherenceとストレスのバーンアウトとの関連. *日本救急看護学会雑誌* 2007 ; 8 (2) : 32-42.