

ターミナル期にある子どもをもつ家族への 精神的援助に関する看護師の認識

呉大学看護学部 竹 中 和 子

西広島リハビリテーション病院 後 藤 理 恵

広島大学医学部附属病院 佐 野 美 紀

中国労災病院 高 野 夏 子

論文要旨 ターミナル期にある子どもの家族への精神的援助に対する看護師の必要性の認識と実践の認識について明らかにするために、小児病棟に勤務する看護師36名に質問紙調査を実施した。その結果、(1)多くの看護師が家族への精神的援助の必要性を認識していた。医療者に対していただく敵対心など家族の思いの『理解』、や子どもの病気を受け入れられない家族の気持ちへの『共感』については、非常に必要であるとする看護師が比較的少なく、必要性を認識していない看護師もいた。(2)ほとんどの看護師が家族への精神的援助における実践を認識していたが、必要性の認識に比べ、十分実践していると答えた看護師の割合は少なかった。特に感情の『表出』を促す援助や、思いの『理解』、気持ちの『共感』の援助の実践については、十分実践していると答えた看護師は50%に満たなかった。(3)実践を困難にしている原因を、「時間的に余裕がない」、「知識、技術が不足している」とことと認識していた看護師が多かった。また、50%以上の看護師が、「家族に対して恐れや戸惑いがある」、「家族、医師、看護師と一緒に話す機会がない」、「ターミナルケア評価の基準や指標がない」、「病院の施設や設備が不十分である」を原因と認識していた。

キーワード：ターミナル，子ども，家族，精神的援助，看護師の認識

■ はじめに

小児がんの診断は予期できない人生のできごとで、家族成員は状況的危機状態におかれる。治療や検査の多くは苦痛を伴う。それは子どもと家族の両方にとって大きなストレスとなり、家族のウェルビーイングは容易に崩れてしまう¹⁾。特にターミナル期にある子どもの家族は、子どもの苦痛状態を受け止めなければならないだけでなく、「子どもの死への不安」を抱えている。子どもの病気の受容過程のかなでの葛藤、家族内の問題や心身の疲労、時には、医療者に敵対心を抱くこともある。しかしながら、家族が抱えている葛藤を表出する機会や場は非常に限られているのが現状である。したがって、家族に対する精神的援助、とりわけ不安やネガティブな感情を受け止め支持することが、子どもへの看護とともに小児看護をする

上で重要である。

看護師は患児よりも親と接する機会が多く、親に対して方が精神的援助を実施できていると考えているという報告²⁾もある。しかしながら、病院で子どもを見取った母親を対象に行った質問紙調査³⁾によると、母親は看護師に対し、「さりげなく話を聞いてほしい」、「親の精神的支えになってほしい」、「心からの共感、ねぎらいの言葉を掛けてほしい」など精神的援助を希望していた。看護師の実践の認識と家族の受け止めには、少なからずズレがあることが予測される。

看護師はケア提供者であると同時に、子どもと家族の闘病生活に日々接しており、さまざまなディレンマを体験している。家族の思いに近づこうとして客観性を失うこともあれば、受け止めるには重過ぎる思いに逃避することもある。特に小児がんの看護に関わる看護師は、医師との葛藤や子ど

もや家族に情緒的に巻き込まれることで、専門職としての自己効力感を低下させる⁴⁾こともあるのである。

そこで本研究では、ターミナル期にある子どもの家族への精神的援助に対する看護師の必要性の確認と実践の認識、実践を困難にしている原因の認識について実態を明らかにし、援助の指針とする。

■ 用語の操作的定義

ターミナル期：難治性の疾患を患い、現在のあらゆる医療技術を駆使しても治癒の見込みがなく、死期が近い状態」とし、患者家族に対する精神的・社会的支援を特に必要とする状態の期間の約6ヶ月⁵⁾。

精神的援助：ここでは、子ども病気の受容過程のなかで生じるさまざまな葛藤、家族内の問題や心身の疲労、医療者に抱く敵対心など、とりわけ不安やネガティブな感情も受け止め支持することとする。具体的には、家族に生じたさまざまな思いを理解し、子どもの病気の受容過程にある家族の気持ちに共感し、感情の表出を促し、ねぎらい励ますこと、そして傾聴することとする。

■ 研究方法

1. 調査対象

本調査協力に同意が得られた、A市内にあるB病院およびC病院小児病棟の看護師36名（B病院は23名、C病院は13名）。年齢は21～60歳、平均年齢は、31.6歳、SD=9.33、全員女性であった。対象者のうち、32名についてはターミナル期の看護経験があると答えた。対象者の看護師経験年数および小児看護経験年数については表1に示した。

表1 対象者の看護師経験および小児看護経験

年数	5年未満	5年以上10年未満	10年以上20年未満	20年以上30年未満	30年以上
看護師経験	13名	8名	8名	6名	1名
小児看護経験	21名	10名	5名	0名	0名

2. データ収集方法

1999年12月に、B病院、C病院、それぞれ、小児病棟の看護師長を通して、各病棟看護師に質問紙を配布していただいた。質問紙調査は無記名とし、年齢、性別、看護師としての経験年数、小児看護の経験年数、ターミナル期にある患者への看護経験の有無、家族への精神的援助の必要性とそれに対応した看護師の実践の認識に関する5項目、実践を困難にしている原因に関する9項目について回答を求めた。

家族への精神的援助に関する質問項目は、塩田ら²⁾や田原ら³⁾の研究成果を参考に作成し、医療者に対する敵対心の理解（以下『理解』）、病気の否定や受容困難の状況の受け止め（以下『共感』）、感情表出の場の提供（以下『表出』）、ねぎらいや励ましの言葉かけ（以下『励まし』）、相談事への傾聴（以下『傾聴』）の5項目とした。また、実践の困難にしている原因に関する質問項目については、Kushnir & Azulai⁴⁾、塩田ら⁶⁾の見解や現代医療の現状をふまえ作成し、施設設備の問題、援助の評価の機会がないこと、ターミナルケア評価の基準が確立されていないこと、医療者間での意見共有ができてにくいこと、家族、医療者間で共に話す機会が少ないこと、家族に対して恐れや戸惑いがあること、患者に対して恐れや戸惑いがあること、知識や技術が不足していること、時間的余裕がないことの9項目とした。なお、本調査を実施する前に看護師2名にプレテストを行い、分かりにくい質問表現を修正し実施した。回収方法は、病院の希望によりA病院では回収箱を設置し（回収率95.8%）、B病院では郵送法（回収率65.0%）によりそれぞれ回収した。

3. データ分析方法

家族への精神的援助の必要性および実践の認識、実践を困難にしている原因についての質問は、「非常にそうである」から「まったくそうではない」までそれぞれ5段階尺度で評価し、5点、4点、3点、2点、1点と点数化し分析した。分析には、統計ソフトSTATISTICA Ver.5.5を用いた。

4. 倫理的配慮

調査にあたって研究目的および方法について十分説明し、了解を得た。また、質問紙調査はすべて無記名とし、個人情報についての回答項目も年

齢や性別、経験年数等最小限とした。データは統計的に処理し、守秘に努めた。

■ 結果および考察

1. 家族への精神的援助における必要性の認識

看護師の家族への精神的援助の必要性に関する認識は、図1に示した。多くの看護師が5項目すべてに援助の必要性を感じていた。特に『傾聴』、『表出』、『励まし』については、ほとんどの看護師が「非常にそう思う」あるいは「そう思う」と答えている。『理解』、『共感』については、「非常にそう思う」とする看護師が比較的少なく、「どちらでもない」あるいは「あまり思わない」と答えた看護師もいた。家族に対する精神的援助の必要性は看護師にとっては当然認識されていることであるが、家族からの敵対心や子どもの病気を受容していく過程で表出されるさまざまなネガティブな反応に対しては、まだ理解しにくい状況があることが予測される。その背景には、看護師が、日々ケアを通して子どもと家族の闘病生活に関わっていることから、子どもと家族の苦悩を共に体験し、医師や看護師間の葛藤⁴⁾のなかで、多くのディレンマを経験している。家族から向けられた敵対心や攻撃性は、専門職としての自己効力感が低下している看護師にとって、時に受け止めがたく感じられると考える。

必要性に認識の5項目である『理解』、『共感』、『表出』、『励まし』、『傾聴』すべてが、必ずしも相関していなかった(表2)。看護師の必要性の

表2 看護職者が認識する必要性の項目間の関連

	『理解』の必要性	『共感』の必要性	『表出』の必要性	『励まし』の必要性
『共感』の必要性	0.75**			
『表出』の必要性	0.31	0.48*		
『励まし』の必要性	0.45**	0.28	-0.08	
『傾聴』の必要性	0.45**	0.40**	0.48**	0.12

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

認識で比較的低かった『理解』と『共感』には、強い正の相関がみられた。家族の医療者に向けられた敵対心への理解が必要であるとする看護師は、家族が見せるネガティブな反応の意味も理解し、受容過程への援助が必要であると考えていることが予測される。看護師自身もストレスフルな状況におかれていることから、必要性を認識し実践することは、より熟達した能力が求められると考えられる。

『傾聴』、『表出』、『共感』の必要性は、それぞれ中程度の正の相関がみられたが、『励まし』とは有意な相関がみられなかった。がん患児を支える母親の内的過程を発症期から末期以前まで質的に分析した新山⁷⁾によると、「母親の内的家庭」は、「基本的変動」、「病気の恐ろしさを実感」、「拒否」、「自我疲弊」の4段階を経るという。したがって、援助する際は、母親がどの内的過程の段階にあるかを把握し、見守り、援助していくことが必要であるとしている。本研究における家族への精神的援助の5項目についても、援助を適用する場面や家族の内的過程の段階、あるいは信頼関係によってその必要性の認識が異なると考えられる。本研究では、ターミナル期を対象としたが、家族がどのような内的過程を経ているかということについては触れていない。今後明らかにしていく必要がある。

看護師経験が5年未満と5年以上の2群で比較したところ、各項目とも必要性の平均値が前者の方が高く、『傾聴』の必要性、『共感』の必要性、『理解』の必要性において有意であった($t=3.47$, $p<.05$ / $t=2.13$, $p<.05$ / $t=2.15$, $p<.05$)。これは、看護師の問題意識の高さや内容の解釈の深さが少なからず反映していると予測されるが、各援助項目の援助内容の受け止め方については本調査では明らかにできなかった。

2. 家族への精神的援助における実践の認識

看護師の実践の認識は図2に示した。ほとんどの看護師が「十分している」あるいは「ややしている」と答えたが、必要性の認識に比べ「十分している」と答えた看護師の割合は少なかった。特

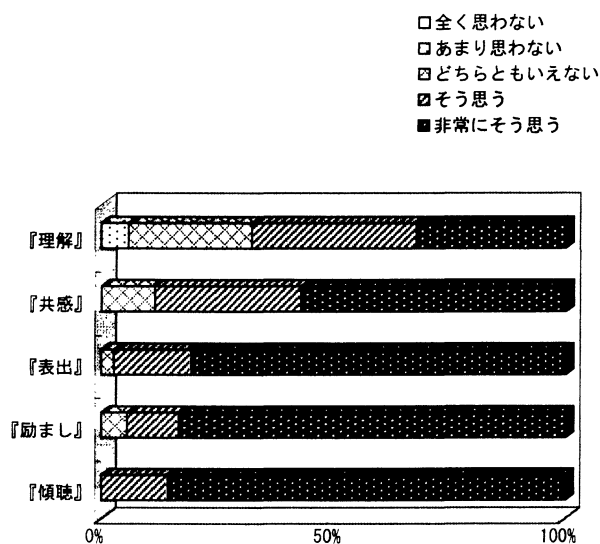
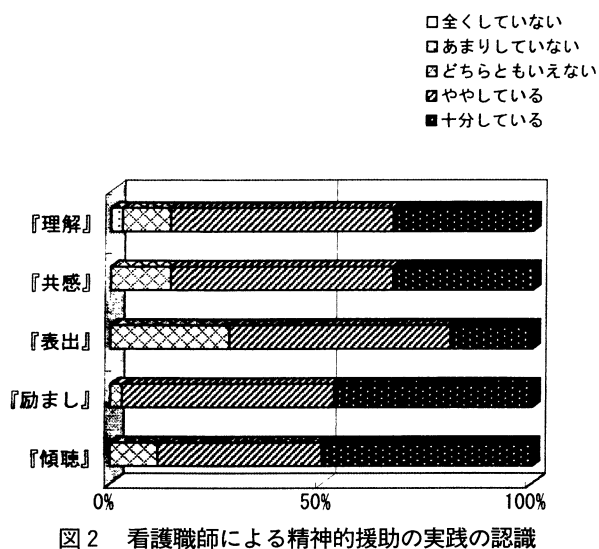


図1 看護師による精神的援助の必要性の認識



に『表出』、『理解』、『共感』の援助の実践については、「十分にしている」と答えた看護師は50%に満たなかった。援助の必要性の認識に比べ役割実践の自己認知は低かった塩田ら⁶⁾結果と一致する。実践の曖昧さ⁶⁾や看護実践の評価ができていないこと²⁾などが結果に反映したと考えられる。田原ら³⁾の結果にあるように、まだまだ家族の精神的援助へのニーズに応えているとはいえない現状がある。今後は、家族と患児、看護師を含めて看護実践を評価していく必要がある。

『励まし』の実践と『表出』の実践について有意な相関はみられなかったが、その他については中程度あるいは強い相関がみられた(表3)。実践の評価については曖昧であるが、日々意識して実践していることが伺える。『励まし』と『表出』の援助の実践に有意な相関がみられなかったのは、援助の質が異なっていることの結果と予測される。実際は、家族の「内的過程」⁷⁾のどの段階かということや信頼関係など個々の対象者に合わせた援助を実践していると考えられる。

必要性和実践認識における各項目ごとの関連をみると、『励まし』、『共感』、『理解』について有意な相関がみられた($r=0.43$, $p<.01$ / $r=0.40$, $p<.05$ / $r=0.5$, $p<.001$)。『傾聴』と『表出』につ

表3 看護職者が認識する実践の項目間の関連

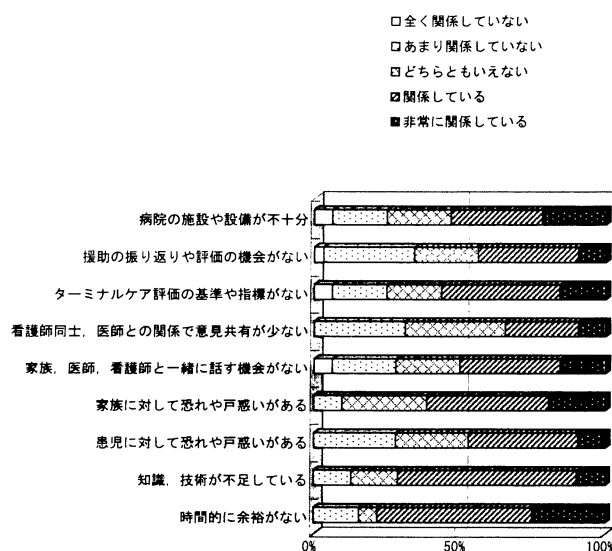
	『理解』の実践	『共感』の実践	『表出』の実践	『励まし』の実践
『理解』の実践				
『共感』の実践	0.57**			
『表出』の実践	0.53**	0.65**		
『励まし』の実践	0.51**	0.53**	0.32	
『傾聴』の実践	0.55**	0.45**	0.37*	0.73**

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

いては、必要性を感じていても、必ずしも実践感が得られていないようである。また、看護経験の期間による実践感に有意な差はなかった。

3. 家族への精神的援助実践を困難にしている原因の認識

実践を困難にしている原因の認識については、図3に示した。「非常に関係している」および「関係している」と答えた看護師の割合が最も多かったのが「時間的に余裕がない」、次に「知識、技術が不足している」であった。これは、塩田ら⁶⁾の結果と一致する。その他50%を超える項目は、「家族に対して恐れや戸惑いがある」、「家族、医師、看護師と一緒に話す機会がない」、「ターミナルケア評価の基準や指標がない」、「病院の施設や設備が不十分である」であった。ターミナル期にある子どもと家族の精神的援助を実践する看護師は、特に家族に対して少なからず戸惑いをもっている。つまり、看護師自身の子どもと家族に対する受け止めや心理状態が、特に精神的援助実践に反映すると考えられる。また、時間的余裕の問題とも関連するが、問題を解決するためのディスカッションの場が少ないことも背景にあることがわかる。例えば、ターミナルケア評価の基準や指標をつくることや看護師自身が自律すること、他者に家族への精神的援助の必要性を伝えることで、施設・設備の問題解決へもつなげていくことができるのではないだろうか。



■ 研究の限界

本研究は、対象者が少なかったことで、対象者の特徴や病院による違いについて分析ができなかった。また、家族の精神的援助を考える場合は、家族の状態と病気の経過とともに変化するプロセスとしてとらえることが重要となるが、本研究では、ターミナル期と一括して調査したため、特に実践の認識についての考察が深められなかった。また、対象者が看護師のみであったことから、患児や家族側からの分析はできなかった。今後は、ターミナル期をプロセスとしてとらえた研究方法を検討するとともに、患児や家族と看護実践への評価についても調査し、具体的実践につなげていきたい。

■ 結 論

本研究は、ターミナル期にある子どもの家族への精神的援助に対する、看護師の必要性の認識と実践の認識について調査した。その結果、以下のことが明らかになった。

- (1) 多くの看護師が家族への精神的援助の必要性を認識していた。『理解』、『共感』については、「非常にそう思う」とする看護師が比較的少なく、「どちらでもない」あるいは

「あまり思わない」と答えた看護師も少数だがいた。

- (2) ほとんどの看護師が家族への精神的援助における実践を認識していたが、必要性の認識に比べ「十分している」と答えた看護師の割合は少なかった。特に『表出』、『理解』、『共感』の援助の実践については、「十分している」と答えた看護師は50%に満たなかった。
- (3) 実践を困難にしている原因を、「時間的に余裕がない」、「知識、技術が不足している」と認識していた看護師が多かった。また、50%以上の看護師が、「家族に対して恐れや戸惑いがある」、「家族、医師、看護師と一緒に話す機会がない」、「ターミナルケア評価の基準や指標がない」、「病院の施設や設備が不十分である」を原因と認識していた。

付記 本調査実施にあたりご協力いただきました小児病棟の看護師の皆様には、心より感謝申し上げます。

本研究は、平成11年度広島県立保健福祉短期大学看護学科の卒業研究として行った調査データを、分析し直しまとめたものである。なお、本研究の一部は第10回中国四国小児保健学会で発表した。

引用文献

- 1) Hendricks-Ferguson, V., L.: Crisis intervention strategies when caring for families of children with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 17(1): 3-11, 2000.
- 2) 塩田律子, 田原幸子, 高橋泉, 本間照子: 小児のターミナルケアに関する研究－看護婦の役割認識とその実践－. *日本小児看護研究学会誌*. 3(2): 53-61, 1995.
- 3) 田原幸子, 高橋泉, 平井るり, 本間照子: 母親が体験した小児のターミナルケアの実態 第2報－子どもの苦痛と対処行動, 子ども・母親・看護婦関係・看護婦・医師の対応, 母親の期待を中心に－. *日本小児看護研究学会*. 4(2): 96-76, 1995.
- 4) Kushnir, T., R., S., & Azulai, S.: A descriptive study of stress management in a group of pediatric oncology nurses. *Cancer Nursing* 20(6): 414-421, 1997.
- 5) 厚生省・日本医師会(編): 末期医療ケア. 東京: 中央法規. 3-4, 1989.
- 6) 塩田律子, 田原幸子, 本間照子, 高橋泉: 小児のターミナルケアに関する研究(第2報)－看護婦の実践に影響を与えるもの－. *日本小児看護研究会誌*. 4(2): 77-85, 1995.
- 7) 新山裕恵: がん患児を支える母親の内的過程－発病期から末期以前まで－. *看護研究*. 33(2): 15-28, 1999.