

病者の情動に関心を寄せて

水溪 雅子

本年3月 名古屋大学医学部保健学科を定年退職しました。私は、病院の看護師を出発点として6年後には、ある看護学校の教員となり、その後、短期大学、学部へと変化してきましたが、結果的に35年間にわたって看護教育に携わってきました。その原点となったものは臨床での看護経験でした。長くはない臨床経験でしたが、さまざまな患者の情動とかかわり、学ぶことが多いものでした。

この小稿では、はじめに、私の記憶に残る臨床での経験をのべ、次に感情・情動に関する看護の問題について思いつくまま述べてみようと思います。

1 病棟で出会った病者の情動

放射線科治療室の通院患者さん：卒後数カ月のころ、あるがん患者さん（40代後半）が快活に話しかけてくれた。海水浴に行く計画をしていること、その目的として晩婚であったのでまだ小学生の2人の息子たちに父親の思い出を作っておきたいというものであった。自分の病状を理解した上で選びとった行動であることを知り、さまざまな感慨を持った。同じ放射線科治療で出会う入院患者さんのほとんどは思い患う病人の雰囲気をもっていた。考えてみると、病棟の患者さんに対して看護師は、毎日、病状や心配事、辛いことの有無を問い、身体的な異常を確認する検温を繰り返していた。患者さんは病棟のベッドの上か周辺で毎日過ごすことになり、患者さん同士の会話も病気を中心としたものになりがちである。また、そうした入院生活をする人が「良い患者さん」という理解をすることが多い。同じような病態でありながら仕事や子供・家族、友人その他の話題に囲まれた通院患者さんの強さを痛感し、療養の説明やケアの在り方、特に病棟管理の在り方や暗黙のうちに作っている病棟規則が患者に与える影響についても考えさせられる体験であった。

40年前の開頭術で：卒後2年目の勤務は外科病棟の配属であったが、病院ではじめての開頭術後の患者さんのケアと環境管理について貴重な経験をした。当時、頭の手術という言葉の深刻さは現在の比ではなく、“わからなさ”と恐ろしさ”で受け止められていた。16時からの準夜勤に出かけると個室前の廊下に6

人ほどの女性たちが待っており、緊張感を示すものであった。定時的な循環状態と反射系の術後観察を担当したが、20時をすぎる頃には、安定した術後であるにもかかわらず、その患者さんは{死に逝く人の様なふるまい}を見せるようになった。開頭術という危険なイメージの上に、脳外科グループのみならず、同じ外科グループの医師たちがそれぞれ都合のよい時間に訪室し開頭術のその患者さんを観察し、そのたびに瞳孔反射を確認するのであった。4時間ほど経過するころには、6人の女性たちが患者さんに必死に語りかけるようになり、患者さんの状態が安定していることを説明しても異様な雰囲気は変化しなかった。脳外科グループ長に、患者さんが休息できるようにするために入れ替わり医師が観察することを避けてもらいたいこと、家族に安定した状態であることを説明するように依頼した。快く応じていただき、患者さんは安定した状態で引き継ぎをすることができた。当時、ほとんどの死亡は心臓音を聴取した後、瞳孔を確認した医師が臨終を告げるというパターンだった。この例では、患者さんが休息を取りたい時期に何人もの医師が瞳孔観察を繰り返して睡眠を奪い、親族の方々が徐々に最後の看取りを覚悟するような体制になっていき、患者さんさえもそれによって死を意識した言動をとり始めたと考えられた。ケアという名で、取り巻く環境によって人を追い込んでしまうという状況と、病室、職員の間に関わりに関して、24時間の病棟環境を管理する看護師の役割を考えさせられたものであった。

聴神経腫瘍の患者さん：卒後4年目であったが、脳外科が5階の病棟に耳鼻科と並んで位置していたころ、聴神経腫瘍の患者さんが入院された。病棟では当時、開頭術だけでなく定位脳術が行われるようになっていた。入院時の情報を取り、オリエンテーションをするときには、ご本人は自身の性格を{快活}と表現されたのだが、病室で接した看護師の印象は全く別のもので、むっつりして全く会話に乗ることのない1週間ほどであった。ところがある日、準夜勤に出かけた5階のホールでこの患者さんから明るく呼びかけられ夜勤を激励してくれた。その変身ぶりにびっくりしたのであるが、脳外科という名前が絶対的な恐怖であったこと、耳から行う手術であることは聞いていたが、脳外科の他の患者さんの状況（看護詰所の前には、植物状態に近い状態の人が4人ほど入院していた）もあり、落ち着けない状況であったこと、病室を耳鼻科に変わり、脳外科医と共同で手術することが正式決定となり安心したということであった。この患者さんの表現によれば脳外科と耳鼻科では天国と地獄の差があるということであった。患者さんがもつ診療科や病気の認知あるいは、イメージゆえに悩んだり苦しむことは理解していたつもりであったが、これほど強烈な

言葉で表出されて改めて、認知の変更の難しさ、繰り返し説明しても変化できない難しさを改めて感じたものであった。

2 カウンセリングとの出会いと看護

病者の訴えに耳を傾けることはケアの基本として重要であるが、臨床 4-5 年目のころにロジャーズ派のカウンセリングと出会い、毎週 3 時間の講習会に参加した。真実性、受容、共感的理解を基本とするものであった。人は自分の体験とその意味づけ・解釈に対して葛藤することが多い。そこで聴き手が正確な、共感的な理解を体験すること、その人の個人的な世界を、あたかも自分自身のものであるかのように感じとること、その入門編の講習会であった。そうした相互作用を多少なりとも理解できたと感じるまでには数年以上が必要であったが、いわゆる療養指導の方法についての工夫と併せてケアの重要な要素として受けとめるようになった。特に看護者の関わり方、姿勢によって接する患者さんの理解が異なり、相互作用そのものが援助となり得る、という臨床での私自身の実感が理論的な研究領域であることを知り、それを学ぶことによって自分自身が少し前進したように感じた。

ところで、精神看護においては相互作用を重視し、看護について {有意義な治療的な対人関係からなる過程} で {教育的な意味合いを持つ、相互に成熟を期待する} 関係 (H, Peplau I. J. oland J, Travelbee :) としており、感情の受容・共感コミュニケーション技法として教育内容の重要な位置を占めていた。しかし、教員となってみて実際に学生たちに治療的な相互作用の基本と技法の指導を工夫しつつもその難しさ感じていたものである。

3 感情労働と看護

臨床看護師が接する病者の感情とその問題は、不安、怒りと攻撃性、抑うつと自殺、悲嘆、そう的反応、操作性などであり、(M, L. Gorman : 心理社会的援助の看護マニュアル 1999) これらは、時に思いがけない場面で、さまざまな表出の形態をとって示される。こうした感情と向き合うことについて武井 (感情と看護 2001) は、若く社会経験の少ない看護師にとって、求められる共感・受容などの感情管理は容易なことではない、と指摘している。病者が自身の治療を納得して積極的な姿勢を示す場合は、看護は学校で学んだ原理、基本的な手順・技法として進行することもあるが、順調に経過しなかったり、微妙な沈黙や情動の表出に個別的に耳を傾けると、看護師自身の価値観や信念、信条、倫理感などを刺激するような事態を多く体験することになる。これらは新人看

護師のリアリテイショックやバーンアウトと関連する、と考えられている。

看護は感情労働の一つとして説明される (P. Smith、武井)。感情労働とは：職務の一部として求められる {適切な感情を作り出す為} になされる感情管理 (A. R. Hochschild 1983) と定義される。看護が高度の自律的な判断を求められる職業であることを考えると、労働というよりも感情管理を専門とする援助者と表現するのが妥当と考えるようになった。

感情労働の影響：感情管理という職務が看護師の負担となることは少なくない。病者から発せられる死期や悪化の嘆き、持続する苦痛症状などに馴染めない、として看護職を辞める若い人の悩みを聞いたこともあった。また、病者とはいえ、怒りや攻撃性、誤解に基づくクレームに傷つき、病者との相互作用を深めることを放棄し、表面的な職務にとどめて防衛しようとすることもある。これらは、看護サービスの質を悪化させる行為となり、それはまた看護師の職業的な自尊心の低下を招く可能性があることから、感情管理を意識的に習得する努力が必要となると痛感している。

そこで、看護師の感情管理のための現時点でできる対策として、次のことを奨めて本稿を終えたい。

- ① 不快感情を同僚と共有する：それによって看護師が自分だけではないという感情を持つことができる。
- ② 患者の不快な反応を症状・病いに関連したものとして取り扱う：それによって対象理解と関わりを工夫することができる。
- ③ 自身の相互作用を振り返る：感情管理の専門的な学習体験として自己強化することができる。
- ④ 看護師の感じた不快感を適切に制御して伝える：患者と看護師は対等な人間関係として双方が理解しあうことができる。
- ⑤ 不快感情を看護の契機として積極的に扱う構えを持つ：看護を相互作用として看護師が感じた不快感情には病者のネガティブな強い感情が反映しており、積極的に扱うことによってケアとなる。

以上は、本年3月の最終講義の内容を短くまとめたものですが、長い教員生活でご支援をいただき、お付き合いいただいた教職員、学生の皆さんに心より感謝いたします。(2009. 8. 15.)

(元名古屋大学医学部教授、保健学科精神看護学専攻・
名古屋大学名誉教授)